

O‘zbekiston Respublikasi oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
O‘rta maxsus, kasb-hunar ta‘limi markazi

Ya. N. Allayorov

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

Tibbiyot kollejarining 3720101 – davolash ishi feldsheri
yo‘nalishi o‘quvchilari uchun o‘quv qo‘llanma

Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 2-nashr

«O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi»

Davlat ilmiy nashriyoti

Toshkent – 2017

UO‘T: 681.2(075)
KBT 57.16ya722
A-38

Taqrizchilar:

Safarov Aliasqar Tursunovich – Samarqand davlat tibbiyot instituti VMOF akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri, t.f.n., dotsent;

Nazarova Gulnora Yunusovna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiy ta’limni rivojlantirish markazining yetakchi mutaxassisi;

Yusupova Dildora O‘ktamovna – Samarqand tayanch tibbiyot kolleji Onalikda hamshiralik parvarishi fani bosh o‘qituvchisi.

Allayorov Ya.N.

A-38

Akusherlik va ginekologiya: o‘quv qo‘llanma/ Ya.N.Allayorov; O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi; O‘rta maxsus, kasb-hunar ta’limi markazi. – Toshkent: «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti, 2017. – 432 bet.

O‘quv qo‘llanmada mavzularni yoritishda homiladorlik va tug‘ruqni boshqarish, chaqaloqlik davri parvarishi, akusherlik patologiyalarining oldini olish va davolashda akusherlik amaliyotida keng qo‘llaniladigan klassik usullar bilan bir qatorda, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari ham inobatga olingan. Shuningdek, ginekologik bemorlarni tekshirish, davolash usullari haqida yetarlicha ma’lumot berilgan. Ushbu qo‘llanma tibbiyot kollejlari o‘quvchilari fanni mukammal o‘zlashtirishlariga yaqindan yordam beradi.

UO‘T: 681.2(075)
KBT 57.16ya722

ISBN 978-9943-07-250-3

© **Allayorov Ya. N.**, 2013, 2017.
© **«O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi»**
Davlat ilmiy nashriyoti, 2013, 2017.

So‘zboshi

O‘zbekiston Respublikasida “Kadrlar tayyorlash milliy dasturi” hamda “Soliqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi”ning hayotga tadbiiq etilishi jahon andozalariga mos, raqobatbardosh, davlat ta’lim standartlari talablariga javob bera oladigan mutaxassislarni tayyorlash ehtiyojini keltirib chiqardi.

Umumiy amaliyot davolash ishi feldsherlarini tayyorlashda tibbiyot kollejlari o‘quvchilarida akusherlik va ginekologiya fanining hozirgi kundagi yutuqlari, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalariga binoan tegishli ma’lumotlar asosida nazariy bilimlar berish va amaliy ko‘nikmalar hosil qilish davr talabidir. Davolash ishi feldsheri mutaxassislarini tayyorlashda hozirgi kunga qadar akusherlik va ginekologiya fanidan maxsus o‘quv darsligi bo‘lmaganligi sababli Ya.N.Allayorovning “Akusherlik” va M.F.Ziayeva, G.Mavlonovalarning “Ginekologiya” darsliklari hamda xalqaro tashkilotlar tomonidan o‘tkazib kelinayotgan seminarlar o‘quv qo‘llanmalari, “Bexatar onalik” dasturi materiallari, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining buyruqlari bilan tasdiqlangan yo‘riqnomalardan tuzilgan ma’ruza matnlaridan foydalanilgan holda, dars jarayoni tashkil etilib kelinmoqda.

Shu nuqtayi nazardan har tomonlama yetuk, malakali, amaliy ko‘nikmalarga ega bo‘lgan umumiy amaliyot davolash ishi feldsherlarini tayyorlash uchun mo‘ljallab yozilgan ushbu o‘quv qo‘llanma tarmoq ta’lim standartlari talabidan kelib chiqib, Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2012-yil 15-avgustdagi 332/1-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan “Akusherlik va ginekologiya” fani namunaviy o‘quv dasturi asosida tayyorlangan. Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2012-yil 15-avgustdagi 332/1-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan “Akusherlik va ginekologiya” fani namunaviy o‘quv dasturi asosida tayyorlangan. Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2016-yil 6-apreldagi 137-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan “Akusherlik va ginekologiya” fanidan namunaviy o‘quv dasturi asosida qayta ko‘rib chiqilgan va o‘zgartirish kiritilgan. Darslikda akusherlik va ginekologiya fanining anatomiya, fiziologiya va

patologiya asoslari, hamshiralik ishi, pediatriya, ichki kasalliklar, anesteziologiya va reanimatsiya asoslari fanlari bilan bog‘lab o‘tiladigan mavzularga alohida o‘rin berilgan.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan protokollardan foydalanib, “Homiladorlikda gipertenziv buzilishlar”, “Akusherlik qon ketishlari”, “Akusherlikda septik infeksiya” kabi mavzularga tegishli o‘zgartirishlar, yangiliklar kiritildi. Shuningdek, “Tug‘ruq komplekslarining tuzilishi”, “Chaqaloqlarni parvarishlashning zamonaviy usullari”, “Asfiksiyada tug‘ilgan chaqaloqlar parvarishi” mavzulari Sog‘liqni saqlash vazirligi maxsus buyruqlari va yo‘riqnomalaridagi ma‘lumotlar bilan boyitildi.

O‘quv adabiyoti umumiy amaliyot davolash ishi feldsherlari bilishi va bajarishi lozim bo‘lgan amaliy ko‘nikmalar va muolajalar, ginekologik bemorlarni umumiy davolash, operatsiyaga tayyorlash, ularni umumiy parvarishlash masalalari alohida yoritildi. Shuningdek, avvalgi o‘quv adabiyotlariga kiritilmagan akusherlik va ginekologiyada amaliy ko‘nikmalar va muolajalar yoritilgan 5-qismga alohida e‘tibor qaratilib, umumiy amaliyot davolash ishi feldsheri sog‘liqni saqlash tizimi birlamchi bo‘g‘inida (poliklinika, QVP) bajarishi lozim bo‘lgan muolajalar algoritm tarzida berilgan.

Ushbu darslik tibbiyot kollejlari “Davolash ishi” yo‘nalishi o‘quvchilari uchun mo‘ljallangan bo‘lib, undan kutiladigan maqsad o‘quvchilarga “Akusherlik va ginekologiya” fanidan nazariy bilim berishda va amaliy ko‘nikma hosil qilishda yaqindan yordam berishdir. Darslik 5 qism va 35 bobdan iborat. Har bir bobda tayanch so‘z va iboralar, nazorat uchun savollar hamda sinov testlari keltirilgan bo‘lib, o‘quvchilar tomonidan mavzularning o‘zlashtirilishini yanada osonlashtiradi, degan umiddamiz.

I QISM. O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA XIZMATINING TASHKIL ETILISHI

I BOB. AKUSHERLIK FANI TUSHUNCHASI, UNING RIVOJLANISH TARIXI. AKUSHERLIKDA ETIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

Akusherlik so‘zi fransuz tilida “*accoucher*” – tug‘moq ma‘nosini anglatuvchi qadimiy tibbiyot fanining bir tarmog‘i bo‘lib, ayollar organizmida homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrida ro‘y beradigan fiziologiya va patologik jarayonlarni o‘rganuvchi, ularning oldini olish ishlarini tashkil etuvchi fandir.

Akusherlik aslida ginekologiya (*gynaecos* – ayol, *logos* – ta‘limot) fanining bir qismi hisoblanadi. Ginekologiya ayollar jinsiy a‘zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o‘rganuvchi fandir.

Ibtidoiy jamoa davrida ayollar hech qanday tibbiy yordamsiz tug‘ar edilar. Ularga oiladagi yoshi katta ayollar yordam berar edi.

Quldorlik davrida tibbiy yordam ko‘rsatish va tabiblik kasbi bilan shug‘ullanuvchi kishilar paydo bo‘la boshladi.

Qadimiy Yunonistonning (Gretsiya) mashhur vrachi Gippokratni (eramizdan oldingi 460–370-yillar) “Meditsinaning otasi” nomi bilan atashlari bejiz emas. Chunki uning onasi Fanareta taniqli doya bo‘lib, Gippokrat dastlabki tibbiyotga oid ilmlarni onasidan o‘rgangan va uni umr bo‘yi rivojlantirib, dunyoga mashhur vrach bo‘lib yetishdi.

Gippokrat tibbiyotga oid bir necha kitoblarni yozib qoldirgan. Ulardan eng muhimi Gippokrat to‘plamlari bo‘lib, “Ayollar tabiati”, “Xotin-qizlar kasalliklari haqida”, “Bepushtlik haqida” gi risolalardir.

Lekin Gippokratning akusherlikdagi mushohadalari yuzaki bo‘lgan. Uning fikricha tug‘ruqning kelib chiqish sababini homiladorlikning IX oyiga kelib, ona qornidagi homila och qoladi va oyoqlarini bachadon tubiga tirab, qo‘llari bilan bachadon bo‘ynini ochib tug‘iladi deb tushuntiradi.

Akusherlik haqida qadimgi misrlik tabiblarning fikrlari birmuncha ilmiy asoslangan bo'lib, ular o'liklarda odam anatomiyasini o'rganish tufayli tegishli xulosaga kelishgan. Ularning fikricha tug'ruqning patologik kechishida chanoq va umurtqalar tuzilishi ahamiyatlidir. Ayniqsa, homilaning ko'ndalang vaziyati, bachadon bo'ynining ochilishidagi qiyinchiliklar chanoq buzilishiga bog'liq ekanligini alohida qayd etganlar.

Shuningdek, ular Gippokratning fikriga qo'shib, homila chanoq'i oldinda yotishida o'z-o'zidan tug'ilish imkoni bo'lmasligi va homila operatsiya yo'li bilan tug'dirilishi to'g'risida ta'lim berganlar.

Bu tariqa akusherlik taktikasidagi xato-kamchiliklar ko'pincha tug'ruqda o'rinsiz operativ aralashuvlarga va akusherlik shikastlari, ayollar o'limining ko'payishiga sabab bo'lgan.

Ulardan keyingi davrlarda Qadimgi Rim va Yunoniston vrachlari akusherlikning rivojlanishiga munosib hissa qo'shib embriotomiya, bachadonni qirish, uni zondlash va kesar kesish operatsiyalarini qo'llashgan. Ammo kesar kesish operatsiyasi o'lgan ayollarda ona qornidagi homilaning hayotini saqlab qolish maqsadida amalga oshirilgan.



Abu Ali
ibn Sino

O'rta asrning buyuk allomasi, Sharq mutafakiri, hamyurtimiz tabobat ilmining sultoni Abu Ali ibn Sino 980-yilda Buxoro shahri yaqinidagi Afshona qishlog'ida tavallud topgan.

U 5 yoshida Buxorodagi madrasaga (otasi Abdulloh ibn Hasan shu yillari Buxoro shahriga ko'chib kelgan) o'qishga boradi. Ibn Sino tug'ma iste'dod egasi va o'ta mehnatsevar edi. Shu sababli barcha fanlarni tez va oson o'zlashtirib oldi.

“Tib ilmi”, — deb yozadi Ibn Sino o'z tarjimai holida: qiyin ilmlardan emas, shu sababli qisqa muddat ichida bu fanda juda ilgarilab ketdim, endi hatto bilimdon tabiblar ham kelib huzurimda tib ilmidan dars oladigan bo'ldilar. Bemorlarni ham ko'rib turadigan bo'ldim va shu yo'sinda orttirgan tajribalarim natijasida muolaja eshiklari menga shu qadar keng ochilib ketdiki, uni ta'riflab berish qiyin”.

Abu Ali ibn Sino tib ilmi sohasida juda katta yutuqlarga erishdi, uning bu muvaffaqiyatlari tez orada butun Buxoro, Xorazm davlatlariga keng tarqaldi. U dastlab Buxoro amiri huzurida,

keyinchalik Xorazimshoh huzurida “Ma’mun” akademiyasida, umrining keyingi yillarida Eronda – Jurjon, Ray shaharlarida yashab ijod etadi va Hamadon shahrida 1037-yilda 57 yoshida vafot etadi.

Ibn Sino 450 dan ortiq asar yozib qoldirgan bo‘lib, ulardan 242 tasi bizgacha yetib kelgan. Shundan 43 tasi tibbiyotga oid asarlar. Uning “Tib qonunlari” kitobi shoh asardir. Tib qonunlari 5 ta kitobni o‘z ichiga oladi. Uchinchi kitobda inson tanasining boshidan tovonigacha bo‘lgan a‘zolarida yuz beradigan “xususiy” yoki “mahalliy” kasalliklar haqida ma’lumot beradi. Shu jumladan, asarning 89-beti xotin-qizlar kasalliklariga bag‘ishlangan. Abu Ali ibn Sino ayollar jinsiy a‘zolari kasalliklarini mukammal ta’riflab yozgan.

Oiladagi bepushtlikning sabablari xususida to‘xtalib, farzand ko‘rmaslik ayollar bilan teng barobar erkaklar reproduktiv a‘zolari kasalliklari oqibati ekanligi, ginekologiya amaliyotda ko‘p uchraydigan hayz ko‘rish sikli buzilishining bir turi bo‘lgan disfunktsional qon ketishlar haqida batafsil ma’lumotlar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino o‘z tajribasida kraneotomiya operatsiyasini qo‘llagan va uning 3 ta momentini (bosh suyagini teshish, miyani qirib olib tashlash, boshga qisqich qo‘yib bolani tug‘dirib olish) to‘liq yozib qoldirgan. Ibn Sino yog‘ochdan yasalgan akusherlik qisqichlarini homilani tug‘dirish uchun qo‘llagan.

Abu Ali ibn Sinoning keng qamrovli qomusiy olim ekanligi haqida ma’lumotlarni uning “Tib qonunlari”, “Urjuza”, “Yurak dorilari”, “Tomir urishi haqida risola”, “Qon olinadigan tomirlar haqida”, “Safarda bo‘ladiganlarning ta’biri haqida risola”, “Shahvoniy quvvat haqida risola”, “Sachratqi haqida risola” va “Tarjimai holi” ni o‘qib bilib olish mumkin.

Qadimgi Rossiyada akusherlik yordamini oiladagi yoshi katta ayollar ko‘rsatishgan. XII asrlarga kelib akusherlik yordami ko‘rsatuvchi vrachlar yetishib chiqishdi. Aksariyat ular erkaklar, qisman ayollar ham bo‘lishgan. Ulardan mashhuri Yevpraksiya – Zoya bo‘lgan.

Kapitalistik tuzum davrida akusherlik fani juda katta taraqqiyot sari yuz tutdi. Bu davrda (XVI asrlarda) A.Vezaliy, Fallopiy, Yevstaxiy, Botallo kabi olimlarning anatomik tadqiqotlari muhim ahamiyat kasb etdi. Bu tadqiqotlar esa akusherlik ilmining rivojiga katta hissa qo‘shdi.

Ambruaz Pare (1517–1590) tomonidan homilani oyogʻiga burish operatsiyasining qoʻllanilishi akusherlikda eng katta yutuqlardan biri boʻlib hisoblanadi.

XVII – XVIII asrlarda fransuz akusheri Moriso (1637–1709) homilador ayollar kasalliklari haqida asar yozdi. Bu asarda tugʻruq jarayonida qov birlashmasining choʻzilishi, chala (7–8 oylik) tugʻilgan chaqaloqlarning yashab ketish imkoniyatlari va akusherlikning boshqa muammolari yoritilgan edi. Homila chanogʻi bilan oldinda kelgandagi tugʻruqda tugʻilishi qiyinlashgan homila boshini tugʻdirish usuli shular jumlasidandir.

Bundan tashqari angliyalik akusher Chimberlenning kashf etgan akusherlik qisqichlari akusherlik fani rivojiga katta turtki boʻldi. Lekin Chimberlen akusherlik qisqichlarini faqat oʻzi hech kimga oshkor etmasdan uyining yertoʻlasida ishlatgan va uning oʻlimidan 200 yil keyin XIX asrda topilgan.

XVIII asrda Deventerning anatomiya sohasida muhim kashfiyotlari, yaʼni umumiy tekis toraygan tor chanoqlar va yassi chanoqlarning tuzilishi va tugʻruq jarayonining kechishi haqidagi maʼlumotlari alohida oʻrin tutadi. Xuddi shuningdek fransuz akusheri Jan-Lui-Bodellok (1746–1810) tugʻruqqa kelgan ayollar chanogʻini oʻlchashni taklif etdi, diagonal konyugatani oʻlchash usulini aniq tafsilotlari bilan yozib qoldirgan.



N.M.Ambodik

Angliyalik akusher Smelli (1697–1763) chanoqning diagonal konyugatasini oʻlchashga ahamiyat berdi. Normal tugʻruq mexanizmini va uning tor chanoqlarda oʻziga xos xususiyatlarini yozdi. Akusherlik qisqichlarini takomillashtirib, qulflandigan yangi modelini yaratdi.

XVIII asrning buyuk akusherlaridan alohida nufuzga ega boʻlgan Nestor Maksimovich Maksimovich-Ambodik hisoblanadi va haqli ravishda uni “Rus akusherligining otasi” deb atashadi. N.M.Ambodik keng qamrovli qomusiy olim edi va rus akusherligi tarixida birinchi boʻlib “Doyachilik sanʼati yoki doyachilik ishi haqida taʼlimot” nomli olti qismdan iborat boʻlgan akusherlik kitobini yozib, rus tilida akusherlar tayyorlash maktabini tashkil etib, unda oʻzi dars bergan. Peterburgda tashkil etilgan bu maktabda, asosan darslarni nazariy jihatdan tinglovchilar ongiga singdirib, amaliy koʻnikmalarni akusherlik fantomida amalga oshirgan. Buning uchun akusherlik fantomini kashf etgan. Yevropa

davlatlarida (Germaniya, Fransiya, Rossiya) tashkil etilgan tug‘ruqxonalar akusherlik ilmi va amaliyotining yuksak darajada rivojlanishiga katta hissa qo‘shdi. Lekin ko‘p o‘tmay bu tug‘ruq muassasalarida vrachlar tug‘ruqning eng og‘ir, hatto ko‘pincha o‘lim bilan tugaydigan asoratlari – tug‘ruq isitmasi deb ataluvchi chilla davri septik kasalligiga duch keldilar. XIX asrning birinchi yarmida bu falokat pandemiya shaklida tug‘ruqxonalarni keng qoplab



I.F.Zemmelveys

olgan edi. Bu kasallik oqibatida o‘lim 10% dan to 50% gacha ayollar umrini hazon qilar edi. Bu borada haqiqiy revolutsion yutuqqa erishgan vengriyalik olim I.F.Zemmelveys (1818–1865) bo‘ldi. Avstriyaning Vena shahridagi akusherlik klinikasining assistenti sifatida patologik anatomiya darsidan keyin akusherlik darsiga kelgan talabalar ta‘lim olgan klinikada boshqa tug‘ruq muassasalariga nisbatan chilla davri septik kasalliklari va onalar o‘limi bir necha barobar ko‘p uchrashiga katta e‘tibor berdi. I.F.Zemmelveysning fikricha talabalar anatomiya kafedrasida o‘liklar ustida mashg‘ulotlar o‘tishi davomida o‘zlari bilan “murdalar zaharini” akusherlik klinikasida tarqatadi deb hisoblaydi va uni hayvonlarda o‘tkazilgan tajribada isbotlaydi.

Shundan keyin I.F.Zemmelveys barcha tug‘ruqxona xodimlari akusherlik muolajalarini bajarish oldidan qo‘llarini 3% li xlorli suv bilan yuvishni tavsiya etadi. Uning evaziga chilla davri septik kasalliklarining bir necha bor, to 1% gacha kamayishiga erishadi va o‘zining bu buyuk xizmatlari bilan akusherlikda aseptika va antiseptikaning asoschisiga aylanadi.

I.F.Zemmelveysning bu g‘oyasi Lui Paster va Listerlarni anti-septik kashfiyotlaridan ancha oldin ilgari surilgan edi. Lekin o‘z davrida uning fikrlari inobatga olinmadi va o‘limidan ko‘p vaqt o‘tgandan keyin tan olindi va u tug‘ilgan Budapesht shahrida unga haykal qo‘yilib, “Ayollar hayotini saqlovchi insonga” degan yozuv bitildi.

O‘ZBEKISTONDA TUG‘RUQ XIZMATINING RIVOJLANISHI

Qadimdan hozirgi O‘zbekiston Respublikasi hududida ayollarga tug‘ruq yordamini doya kampirlar ko‘rsatishgan. U davrlarda tug‘ruq va chilla davrlarida uchraydigan yuqumli kasalliklarning

oldini olish borasida hech qanday chora-tadbirlar ko'rilmagan. Shu sababdan onalar va chaqaloqlar o'limi ko'p uchragan.

O'rta asrlarda Buxoro, Samarqand va Toshkent shaharlarida ta-niqli olimlar Abu Ali ibn Sino, Najibuddin Samarqandiy va boshqalar kichik kasalxonalar tarkibida tug'ruq xizmatini ham ko'rsatishgan.

XIX asr 2-yarmidan Toshkent, Farg'ona shaharlarida, Samarqand viloyatining Bulung'ur, Chelak, Payshanba qo'rg'onlarida kichik lazaretlar tashkil etilgan bo'lib, unda amaldorlar oila va qarindoshlariga tibbiy xizmat bilan birga tug'ruq yordami ham ko'rsatilgan.

O'zbekistonda dastlab ilmiy asoslangan akusherlik yordami 1921-yilda O'rta Osiyo davlat universiteti meditsina fakultetida akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishi bilan ko'rsatila boshlagan. Ushbu kafedrada K.T.Xrushev, A.M.Novikov, F.N.Tavildarov, R.A.Chertok, S.G.Xaskin, A.A.Kogan (1972-yil-gacha) kabi yirik akusher-ginekolog olimlar o'z faoliyati davrida kafedraga rahbarlik qilish bilan birgalikda respublikamizda akusherlik va ginekologiya xizmatining rivojlanishiga munosib hissa qo'shganlar. Bu kafedraga 1972-yildan X.S.Umarova rahbarlik qilgan.

1927-yil 8-martda onalar va bolalarni muhofaza qilish ilmiy tekshirish instituti (hozirgi pediatriya ilmiy tadqiqot instituti) tashkil etildi. Bu institut xodimlari ona va bolalar sog'lig'ini saqlash borasida ilmiy va amaliy ishlar olib borib, ular o'rtasida kasalliklarning sifat ko'rsatkichlarini yaxshilash va o'limni kamaytirishda barakali mehnat qilishgan.

1931-yilda universitetning meditsina fakulteti mustaqil institut shaklida ajralib chiqib, 1940-yilda ikkinchi akusherlik va ginekologiya kafedrasi tashkil etildi. Bu kafedrada G.L.Vaynshteyn (1940–1961), Y.I.Glikina (1961–1967) rahbarlik qilgan. 1967-yildan professor A.A.Qodirova boshqargan. Shu davrlarda A.A.Qodirova rahbarligida homilador ayollar kamqonligi kasalligi xususida ilmiy ishlar olib borilib, kasallik diagnostikasi, davolash chora-tadbirlari yo'lga qo'yilgan. A.A.Kogan rahbarligida akusherlik qon ketishlari muammolariga katta e'tibor qaratilgan, ilmiy izlanishlar natijasi monografiya shaklida chop etilgan.

A.A.Qodirova 1919-yilda Toshkent shahrida tug'ilgan, 1940-yilda Toshkent tibbiyot institutini tamomlab, dastlab operatsiya kafedrasida ordinator, keyin assistent bo'lib, 1950-yilgacha ishlagan.

1950-yildan akusherlik va ginekologiya kafedrasiga ishga o'tgan. 1956-yilda nomzodlik, 1969-yilda "Homiladorlar kamqonligi" mavzusida doktorlik dissertatsiyasini yoqlab, o'zining ilmiy ishlari va amaliy faoliyati bilan O'zbekistonda akusherlik xizmatining rivojiga salmoqli hissa qo'shgan.



A.A.Qodirova

A.A.Qodirovaning tashkilotchilik mahorati Toshkent tibbiyot institutida 2-chi akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishida, 1972–1975-yillarda Sog'liqni saqlash vazirligida bosh akusher ginekolog, 1975–1982-yillar davomida Respublika akusher-ginekologlari ilmiy jamiyatining raisi vazifalarida ishlagan davrlarida namoyon bo'ldi. 1992-yilda "O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi" faxriy unvoni bilan taqdirlangan. Hukumatimizning bir necha orden va medallari bilan mukofotlangan. 102 ta ilmiy maqola, 5 ta o'quv qo'llanma, 1 ta darslik va turli o'quv-uslubiy qo'llanmalar muallifidir.

1934-yilda Samarqand tibbiyot institutida akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etilib, unga A.V.Polyakov (1942-yilgacha), Y.S.Akopyan (1949-yilgacha), G.I.Ioffe-Golubchik (1959-yilgacha), 1959-yildan 2000-yilgacha akademik I.Z.Zokirovlar rahbarlik qilgan.

I.Z.Zokirov 1928-yilda Samarqand shahrida tug'ilgan. 1948-yilda Samarqand tibbiyot institutini imtiyozli tamomlab, dastlab institutning quloq, tomoq va burun kasalliklari klinikasida ishini boshlagan va ko'p o'tmay Y.S.Akopyan rahbarlik qilayotgan akusherlik va ginekologiya kafedrasiga ishga taklif qilindi.

1948–1951-yillarda klinik ordinator, assistent lavozimlarida ishlab, 1953-yilda "Bezgakning homiladorlikka ta'siri" mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini yoqladi. 1959-yildan boshlab kafedra mudiri lavozimiga saylandi. I.Z.Zokirov o'zining ilmiy izlanishlarini virusli gepatit kasalligining homiladorlikka va homilaga ta'sirini o'rganishga qaratdi va uning tashabbusi bilan respublikada birinchi bo'lib Samarqand shahridagi yuqumli kasalliklar shifoxonasida virusli gepatit bilan og'rigan homilador ayollarga ixtisoslashtirilgan bo'lim tashkil etilib, bemorlarga tibbiy va akusherlik xizmati ko'rsatila boshladi. Ilmiy izlanishlar



I.Z.Zokirov

natijasida 1965-yilda “Botkin kasalligining homiladorlik, tug‘ruq, homila va chaqaloqqa ta’siri” mavzusida doktorlik dissertatsiyasi yoqlandi.

I.Z.Zokirov O‘zbekistonda mintaqaviy patologiya hisoblangan ekstragenital kasalliklar bilan bir qatorda, revmatizm va homiladorlik, kechki gestozlar va homiladorlik mavzularida qator ilmiy tadqiqotlar olib bordi, natijada bir necha monografiyalar, o‘quv qo‘llanmalar yaratildi. Tibbiyot institutlari talabalari uchun Akusherlik (1994), patologik akusherlik (1994), fiziologik akusherlik (1994) kabi o‘quv qo‘llanmalari shular jumlasidandir.

I.Z.Zokirov sobiq ittifoq akusher-ginekologlar ilmiy jamiyati raisining o‘rinbosari, O‘zbekiston Respublikasida ushbu jamiyat raisi sifatida O‘zbekiston akusher-ginekologlar maktabining ilmiy izlanishlari natijalarini butun dunyoga tanitish borasida samarali mehnat qilgan olimdir.

U Rumuniya, Vengriya, Yaponiya, Meksika, AQSh, Polsha, Singapur, Germaniya, Turkiya, Avstriya, Fransiya, Italiya mamlakatlarida bo‘lib o‘tgan xalqaro akusher-ginekologlar kongresslarida o‘zbek olimi sifatida ilmiy ma’ruzalar bilan qatnashgan.

1974-yilda O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining tashkilotchisi bo‘lgan. U “O‘zbekistonda xizmat ko‘rsatgan fan arbobi” faxriy unvoni sohibi, O‘zbekiston Fanlar akademiyasining haqiqiy a‘zosi edi.

1950-yilda Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi, unga professor N.T.Rayevskeya boshchilik qildi. N.T.Rayevskeya brutsellez kasalligining homiladorlikka ta’sirli bo‘yicha namunali ishlarni amalga oshirdi.

1960-yildan boshlab shu institutda II, 1984-yildan III akusherlik ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedrada professor-o‘qituvchilar, aspirantlar va ilmiy tadqiqotchilar tomonidan akusherlik patologiyalarining dolzarb muammolari o‘rganila boshlandi, fanning va akusherlik xizmatining rivojlanishiga o‘z hissalarini qo‘shdilar.

1955-yilda Andijon tibbiyot institutida ham akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedraga S.A.Odinsova rahbarlik qilgan, hozirgi kunda G.Muhiddinova mudirlik qilmoqda.

1974-yilda Sog‘liqni saqlash vazirligi akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining tashkil etilishi O‘zbekistonda akusherlik

va ginekologiya xizmatining yanada rivojlanishida alohida ahamiyat kasb etadi.

Institutda homiladorlik kamqonligi, akusherlik qon ketishlari, gestozlar, ko'p tug'uvchi ayollar muammolari, bepushtlik, o'perativ ginekologiya masalalariga bag'ishlangan ilmiy tadqiqotlar olib borilib, bu akusherlik va ginekologik patologiyalarni davolashning ratsional usullari ishlab chiqildi va amaliyotga tatbiq etildi.

Institutga R.X.Xodjayeva, D.A.Asadovlar mahorat bilan rahbarlik qildilar. Hozirgi kunda professor D.D.Qurbonov rahbarlik qilmoqda.

Akusherlik va ginekologiya fanining taraqqiyotiga o'zining ilmiy va tashkilotchilik ishlari bilan hissa qo'shgan olimlardan professor M.Sh.Sodiqovadir. Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti inson reproduksiyasi bo'limining boshlig'i sifatida, bo'limda JSST Markazi bilan hamkorlikda inson reproduksiyasi masalasi bo'yicha ilmiy tadqiqotlarni o'tkazishda faol qatnashib kelmoqda. Bu ishlar O'zbekiston Respublikasining hududiy xususiyatlarini, ayollarning fenotipi, yoshi, genital va ekstragenital patologiyalarning bor-yo'qligini hisobga olgan holda, ularga gormonal kontratseptiv vositalarni qo'llanilishi bo'yicha fundamental tekshiruvlarni amalga oshirish uchun asos bo'lib xizmat qilmoqda.

Vrachlar malakasini oshirish instituti II akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, professor D.F.Karimova 1963-yilda Toshkent davlat tibbiyot institutini bitirgan. "Botkin kasalligi va homiladorlik" mavzusida 1968-yilda nomzodlik, "Homiladorlik kechki toksikozlari profilaktikasi" mavzusida 1983-yilda doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. D.F.Karimova 300 dan ortiq ilmiy maqolalar, 8 ta monografiya, 28 ta o'quv qo'llanmalarining muallifidir. U Respublika akusher-ginekologlar Assotsiatsiyasining prezidenti, UNIFPA va USAID Xalqaro tashkilotlarining O'zbekistondagi maslahatchisi, Sog'liqni saqlash vazirligi "Bexatar onalik" dasturini joriy etish bo'yicha trener sifatida tug'ruq xizmati ko'rsatishni JSST talablari darajasiga ko'tarishga, onalar va perinatal o'limni kamaytirishga munosib hissa qo'shib kelmoqda.

Shuningdek, hozirgi kunda Toshkent tibbiyot akademiyasida faoliyat ko'rsatayotgan akusherlik va ginekologiya kafedralarining mudirlari, tibbiyot fanlari doktori, professorlar M.X.Kattaxo'jayeva, M.A.Maxmudov, D.Q.Najmiddinovalarning, Samarqand tibbiyot instituti akusherlik va ginekologiya kafedrasida dotsenti, tib-

biyot fanlari nomzodi X.M.Meliqulovlarning mustaqillik yillarida O‘zbekiston Respublikasining o‘ziga xos taraqqiyot yo‘lida akusherlik va ginekologiya xizmatining JSST standartlariga mos ravishda rivojlanishiga va malakali tibbiyot xodimlarini, ayniqsa, tug‘ruq xizmati posbonlari — akusher-ginekolog vrachlar tayyorlashdagi xizmatlari beqiyosdir.

ONALIK VA BOLALIKNI HIMOYA QILISH BO‘YICHA HUKUMAT QARORLARI

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimi O‘zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan keyin respublika hukumatining diqqat markazida turgan eng dolzarb masalalardan biri hisoblanadi.

Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish masalalari bo‘yicha bir qancha qarorlar qabul qilingan va maxsus qonun hujjatlari to‘plami chop etilgan.

O‘zbekiston Respublikasining “Oila kodeksi”, “Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida”gi 1993-yil 3-sentabrdagi 938-XII-son Qonuni, 1995-yil 21-dekabrdagi 161-1-son Qonuni bilan tasdiqlangan “Mehnat kodeksi”, “Xotin-qizlarga qo‘shimcha imtiyozlar to‘g‘risida”gi 1999-yil 14-apreldagi 700-1-son Qonuni, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 1996-yil 10-dekabrdagi “Bolali oilalarni davlat tomonidan qo‘llab-quvvatlashni yanada kuchaytirish to‘g‘risida”gi PF-1657-son Farmoni, “Xotin-qizlarning ijtimoiy muhofazasini kuchaytirishga oid qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi 1999-yil 17-martdagi PF-2246-son Farmoni, O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining “Yosh avlodni sog‘lomshtirish muammolarini kompleks hal yetish to‘g‘risida”gi 1993-yil 3-dekabrdagi 589-son Qarori, “Bolali onalarni ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashni kuchaytirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi 1996-yil 10-dekabrdagi 437-son Qarori, “Bolalikdan nogiron tug‘ilishning oldini olish uchun yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni hamda homilador ayollarda tug‘ma va boshqa patologiyani barvaqt aniqlash bo‘yicha “Ona va bola skriningi davlat tizimini tashkil etish to‘g‘risida”gi 1998-yil 1-apreldagi 140-son Qarori, “Sog‘lom avlod” davlat dasturi to‘g‘risida”gi 2000-yil 15-fevraldagi 46-son Qarori, “Ona va bola” davlat dasturi to‘g‘risida”gi 2001-yil 5-fevraldagi 68-son Qarori, “Ayollar va o‘sib kelayotgan avlod sog‘lig‘ini mustahkamlashga doir qo‘shimcha chora-tadbirlar

to'g'risida"gi 2002-yil 25-yanvardagi 32-son Qarori, "Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollarning sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalashning ustuvor yo'nalishlarini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 2002-yil 242-son Qarori va boshqa me'yoriy hujjatlarda Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish, onalar sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi uchun shart-sharoitlar yaratish borasida salmoqli ishlar amalga oshirilishi belgilab qo'yilgan.

Ayniqsa, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi "Ona va bola salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi PQ-1096-sonli Qarorida mamlakatimizdagi tug'ish yoshidagi ayollarni chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rikdan o'tkazish, ular orasidagi homiladorlik va tug'ruq uchun nisbiy va mutlaq moneliklari bo'lgan ayollarni dispanser nazoratiga olish, kasalliklarning xususiyatlaridan kelib chiqib, ularni ambulatoriya, statsionar, viloyat yoki markaziy ixtisoslashgan shifoxonalarda davlat sog'lomlashtirish, kontrasepsiyaga muhtoj bo'lgan ayollarga kontrasepsiyaning turli vositalarini qo'llash masalalari ko'zda tutilgan. Shuningdek 0–14 yoshdagi bolalarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish, kasallik aniqlangan bemorlarni sog'lomlashtirish masalasi ham qarorning eng muhim jihatlardan hisoblanadi. Respublikada aholining reproduktiv salomatligini yaxshilash, onalar va bolalar sog'lig'ini muhofaza qilish, sog'lom avlod tug'ilishi va tarbiyalanishiga doir vazifalar belgilab berildi.

Ushbu qaror ijrosini ta'minlash bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2009-yil 16-apreldagi 115-sonli hamda 2009-yil 30-apreldagi 130-sonli, 2010-yil 4-yanvardagi 1-sonli buyruqlari e'lon qilinib, shahar va tuman tibbiyot birlashmalari qoshidagi markaziy ko'p tarmoqli poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlarida, ya'ni sog'liqni saqlash tizimi birlamchi bo'g'inlaridan boshlab to' ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlariga qadar tug'ish yoshidagi ayollarning reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada takomillashtirish vazifalari belgilab berilgan.

Xotin-qizlarning mehnat faoliyati hamda ona va bola salomatligini himoya qilish bilan bog'liq bo'lgan qonunlar tegishli moddalarida belgilangan ayrim me'yorlar haqida qisqacha ma'lumot keltiriladi.

O‘zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi II bo‘lim 37- va 46- moddalarida inson va fuqaroning asosiy huquqlari, majburiyatlari va erkinliklari, har bir kishi mehnat qilishga, ishni erkin tanlashga, qoniqarli mehnat sharoitiga va qonunda ko‘rsatilgandek ishsizlikdan himoyalanih huquqiga ega, ayol va erkak teng huquqli ekanliklari o‘z aksini topgan.

Homilador ayollarning mehnat muhofazasi, ayrim toifadagi homiladorlarga beriladigan qo‘shimcha kafolatlar va imtiyozlar O‘zbekiston Respublikasi “Mehnat kodeksi”da belgilab qo‘yilgan.

TUG‘RUQ KOMPLEKSI XODIMLARINING DEONTOLOGIYASI

Deontologiya — grekcha “*deontos*” — burch, “*logos*” — ta’limot so‘zidan olingan bo‘lib, har bir tibbiyot xodimining o‘z mijozlari ya’ni bemor yoki homilador ayol oldida bajarishi lozim bo‘lgan burch, vazifasi degan ma’noni anglatadi.

Doyaga inson o‘zining eng qimmatli hayotini, sog‘lig‘ini eson-omonligini bir vaqtning o‘zida ikki kishi — ona va bolaning hayotini ishonib topshiradi. Bu esa ikki yoqlama mas’uliyatni yuklaydi. Akusher nafaqat o‘z mijozi, balki uning qarindosh-urug‘lari va davlat oldida ham katta mas’uliyatni o‘z zimmasiga oladi. Hammasidan ham mijozning talabi qondirilishi yuqori turishini anglab yetmog‘i lozim.

Doyaning shaxsiy sifatlaridan — bu sahovatpeshalik, ezgu ishlarni amalga oshirish, insonlar uchun nima qilsa xayrli ish, nima qilsa yovuzlik ekanligini anglay bilishi, bilimli bo‘lishi, maqsadga intiluvchanlik, chidamlilik, mehr-shafqatlilik, azob-uqubatlarga chidash, mahoratli bo‘lishni talab etadi.

Doya intilishi lozim bo‘lgan asosiy maqsad, ya’ni uning ish faoliyati natijasi axloqiy bahosi hisoblanadi. Bu kasbiy mahorati, sog‘lig‘i, atrof-muhitning sog‘lomligi, mustaqilligi, insoniy qadr-qimmatini va g‘amxo‘rligidir.

Doya o‘ziga quyidagi axloqiy majburiyatni qabul qilishi lozim:

- rostgo‘y bo‘lish;
- yaxshilik qilish;
- zarar yetkazmaslik;
- o‘zgalar majburiyati va vazifalarini hurmat qilish;
- o‘z so‘zida turish;

-
- sadoqatli bo‘lish;
 - mijozning mustaqil fikr yuritishini hurmat qilish.

Shunday qilib tug‘ruq kompleksi xodimlari vrachmi u, akusher-mi homilador, tug‘uvchi, tuqqan ayollar bilan xushmuomala bo‘lishi, ularning dardlarini diqqat va e‘tibor bilan tinglashi, o‘zining eng yaqin kishisidek munosabatda bo‘lishi, mijozlarning ruhiyatiga salbiy ta‘sir ko‘rsatuvchi so‘zlar va xatti-harakatlarni qilmasligi, akusherlik patologiyalariga duch kelganda bemorlar, uning qarindoshlarini vahimaga solmasliklari lozim. Har safar ham bemorning ruhiyatini ko‘tarishga harakat qilmog‘i va chin ko‘ngildan uning sog‘lig‘ini tiklash uchun fidokorona mehnat qilishi kerak.

II BOB. O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIK YORDAM KO‘RSATISH MUASSASALARINING ISHINI TASHKIL QILISH

TUG‘RUQ KOMPLEKSINING (BOLIMINING) TUZILISHI

Tug‘ruq kompleksida quyidagi tarkibiy bo‘linmalar bo‘ladi: statsionar, davolash-dagnostik bo‘linmalar va ma‘muriy-xo‘jalik qismi.

Tug‘ruq kompleksining yoki ko‘p tarmoqli shifoxonalarning tug‘ruq bo‘limlari tuzilmasi davolash-profilaktika muassasalari qurilishi me‘yorlari va qoidalari talablariga, jihozlanishi, sanitariya va epidemiyaga qarshi kurashish tartibi – amaldagi me‘yoriy hujjatlarga mos bo‘lishi kerak.

Tug‘ruq kompleksi quyidagi qulayliklarga ega bo‘lishi lozim:

1. Kislorod ta‘minoti.
2. Issiq va sovuq suv ta‘minoti.
3. Kanalizatsiya.
4. Ko‘chiriladigan va ko‘chmas bakteritsid nurlatgichlar va ventilatsiya qurilmasi. Tug‘ruq kompleksi tuzilmasida quyidagi bo‘limlar bo‘lishi lozim:
 - qabul qilish va tekshirib ko‘rish (sanitariya ishlovidan o‘tkazish xonasi);
 - homiladorlik patologiyasi bo‘limi (palatasi) – umumiy akusherlik o‘rinlarining 30–35% ni tashkil etadi;
 - I akusherlik bo‘limi (umumiy akusherlik o‘rinlarining 25–30% ni tashkil etishi lozim);
 - chaqaloqlar bo‘limi;
 - II akusherlik bo‘limi (umumiy akusherlik o‘rinlarining 25–30% ni tashkil etishi lozim);
 - homilador, tug‘ayotgan va tuqqan ayollar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo‘limi (palatasi);
 - yangi tug‘ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo‘limi;

– ginekologiya bo‘limi (akusherlik kompleksi umumiy o‘rinlarining 15–20% ni tashkil etishi kerak);

– sterilizatsiya va laboratoriya bo‘limi.

Barcha bo‘limlar tegishli tibbiy asbob-uskunalar, jihozlar, parvarish vositalari bilan ta‘minlangan bo‘lishi shart. Tug‘ruq komplekslarida ortiqcha jihozlar, foydalanilmaydigan apparatlarni saqlash taqiqlanadi.

Barcha bo‘limlardagi choyshab, kiyim-kechaklar va boshqalar tug‘ruq kompleksi uchun ajratilgan kirxonada yuvilishi kerak. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar va tuqqan ayollarning kiyim-kechaklarini yuvishda ketma-ketlikka qat‘iy rioya qilinishi lozim.

Tug‘ruq kompleksining har bir tarkibiy bo‘limlari xodimlari grafik asosida ishlaydilar.

Tug‘ruq komplekslarida (yoki ko‘p tarmoqli kasalxonalarining tug‘ruq bo‘limlarida) akusherlik va ginekologiya bo‘limlari alohida binolarda yoki qavatlarda joylashadi. Bunda tug‘ruq bo‘limi infeksiyon statsionar, kirxona va oshxonadan uzoqroqda bo‘lishi kerak.

Akusherlik bo‘limlarining qabul qilib o‘tkazish bloki orqali faqat homiladorlar, tug‘ayotganlar va tuqqan ayollargina yotqiziladi.

Ginekologik bemorlar uchun alohida qabul bo‘limi bo‘lishi lozim.

TUG‘RUQ KOMPLEKSI TARKIBIY BO‘LINMALARINING JIHOZLANISHI VA ISHINI TASHKIL QILISH

Qabul va tekshirib ko‘rish bo‘limi

Qabulxonada bo‘lishi lozim: tibbiy xodim uchun stol, 2–3 ta stul, tarozi, bo‘y o‘lchagich, birlamchi tibbiy yordam ko‘rsatish uchun lozim bo‘lgan dorilar saqlanadigan shkaf (masalan: karaxlik yoki eklampsiya).

Qabul bo‘limiga kelib tushgan ayolning umumiy ahvoriga baho beriladi, tana harorati o‘lchanadi, tomog‘i va terisi ko‘riladi, tomir urishi sanaladi, ikkala qo‘lida ham arterial qon bosimi o‘lchanadi. Doya ayolning almashuv xaritasi bilan tanishib chiqadi, homiladorlikkacha va homiladorlik davrida, ayniqsa, akusherlik kompleksiga kelib tushishdan oldin boshidan kechirgan surunkali yalig‘lanish-yuqumli kasalliklarini aniqlaydi. Homilador va tug‘ayotgan ayolda atrofida gilar uchun xavf tug‘diruvchi kasallik mavjud

bo'lsa, uni shu zaxotiy oq bu to'g'risida xabardor qilish va kuzatish yoki tug'ish uchun maxsus ajratib qo'yilgan (bokslangan) xonaga yotqizish zarur.

Ayolning almashuv xaritasi bo'lmasa yoki almashuv xaritasida HbsAg, RW, VICH/OITSGa oid tekshiruv ma'lumotlari yo'q bo'lsa, ushbu infeksiyalarga tekshirish zarurati to'g'risida ayolni xabardor qilish va kerakli tekshiruvlar bilan ta'minlash zarur.

Qabul bo'limida barcha qon guruhlariga mansub, shu jumladan, rezus-manfiy omillikka, tekshirilgan zaxira donorlarining ro'yxati bo'lishi kerak.

Qonning umumiy tahlilini o'tkazish uchun kapillar, predmet oynasi, skarifikator va ikkita paxta shariklaridan iborat individual yig'malar zaxirasi bo'lishi kerak. Undan tashqari, bu yerda qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun zarur bo'lgan zardoblar yig'masi (shu jumladan, albatta AB (IV) guruh zardobi), likopcha va boshqa kerakli vositalar bo'lishi zarur.

Tekshirib ko'rish xonasi

Qabul bo'limining tekshirib ko'rish xonasida rezina choyshab (kleyonka) bilan to'liq yopilgan kushetka, ginekologik kreslo, 2 ta javon, sochiq, homiladorlar patologiyasi bo'limiga qabul qilina-yotgan ayollar uchun xalatlar bo'lishi kerak.

Tekshirib ko'rish xonasida tarozi, bo'y o'lchagich, arterial qon bosimini o'lchash uchun tonometr (simobli yoki membranali), stetofonendoskop, akusherlik stetoskopi, qavatlangan, steril dokali va paxtali shariklar, har ehtimolga qarshi (ayol o'zi bilan olib kelmasa) tug'ayotganlar uchun steril, individual kiyim-kechak jamlanmasi, steril qo'lqop va rezina kateterlar, shuningdek, shoshilinch tug'ruq qabul qilish uchun zarur bo'lgan vositalar to'plami bo'lishi lozim.

Tug'ruq tarixini rasmiylashtirishda anamnez yig'ilishi zarur. Anamnez yig'ilib, tana a'zolari va tizimlari obyektiv tekshirilib, tana vazni hamda bo'yi o'lchangach, homilador yoki tug'ayotgan ayolni shifoxonaning yoki uni o'zi olib kelgan toza choyshabi bilan yopilgan kushetkaga yotqiziladi. Unda homilani joylanish holati, pozitsiyasi, homila boshining chanoq kirish tekisligiga bo'lgan munosabati turi va holati aniqlanadi, bir daqiqa davomida homilaning yurak urishi sanaladi, qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun qon tahlili va oqsilni aniqlash uchun siydik olinadi.

Barcha obyektiv tekshirish ma'lumotlarini ayol tegishli bo'limga o'tkazilgandan keyin tug'ruq tarixiga yozish kerak. Ayolni qabul-xona bo'limida bo'lish vaqtini mumkin qadar qisqartirish lozim.

Iloji bo'lsa, ayolni o'zining toza ko'ylagi, xalati, oyoq kiyimiga kiyintirish lozim. O'ziniki bo'lmasa, shifoxonaning steril kiyimi beriladi. Ayolning shaxsiy narsalarini uni kuzatib kelganlar olib ketadilar yoki ularni 2 ta xaltachaga solib (ikkinchi xalta oyoq kiyimi uchun) omborga topshiradilar. Akusherlik kompleksining barcha bo'limlariga qabul qilingan ayollar, yaxshisi, kir bo'lganda almashtirish sharti bilan o'z kiyimlaridan foydalanganlari ma'qul.

Homilador yoki tug'adigan ayollar:

– qon ketish (normal joylashgan yo'ldoshni muddatidan oldin ko'chishi, platsentaning oldinda yotishi, bachadon yirtilish xavfi yoki yirtilishi);

– gemorragik shok;

– homilani tug'ish jarayonida ko'ndalang kelishi kabi asoratlar bilan kelib tushganda, ularni zambilda ko'tarib, vrach yoki doya kuzatuvida zudlik bilan operatsiya xonasiga o'tkazish zarur.

Qabul bo'limida bo'lishi kerak:

– homiladorlar, tug'adigan va tuqqan ayollarni qabul qilish jurnali;

– bitga qarshi preparatlar bilan ishlov berishni qayd qilish jurnali;

– umumiy tozalash grafigi va qayd qilish jurnali.

Bularning barchasi ayolning ko'ziga tashlanmaydigan joyda turishi kerak.

Sanitariya ishlovdan o'tkazish xonasi

Homilador va tug'adigan ayollar o'z xohishlari bo'yicha sanitariya ishlovidan o'tadilar. Dush qabul qiladilar. Dushxona polida rezina gilamcha bo'lishi kerak. Tekshirib ko'rish xonasidan ayollar tibbiyot xodimi kuzatuvida tug'ruq blokiga yoki homiladorlik patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi.

Homiladorlik patologiyasi bo'limi (HPB)

Homiladorlik patologiyasi bo'limi ham akusherlik, ham ekstragenital patologiyasi bo'lgan homiladorlarga yuqori malakali tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Har bir homilador ayol uchun tug'ruqqa tayyorlash va uni olib borishning individual taktikasi ishlab chiqiladi. Somatik patologiyasi bo'lgan barcha ho-

milador ayollar, albatta, terapevt, zarurat tug‘ilganda tor ixtisosli mutaxassislar ko‘rigi bilan ta‘minlanishlari lozim.

Homiladorlik patologiyasi bo‘limi:

- 1) homiladorlar uchun xonalar;
- 2) intensiv davolash xonasi;
- 3) muolaja xonasi (manipulatsionnaya);
- 4) protsedura xonasidan iborat.

Homiladorlik patologiyasi bo‘limini rejalashtirishda homiladorlarni tug‘ruk majmuasining boshqa bo‘limlarini chetlab o‘tib, akusherlik bo‘limiga to‘g‘ridan to‘g‘ri o‘tkazish ehtimolini e‘tiborga olishi kerak.

HPBning ish tartibi somatik statsionar ish tartibiga moslashtiriladi.

Intensiv davolash xonasi (palatasi)

Intensiv davolash xonasi odatda HPBda, tug‘ruq bo‘limida esa zarurat tug‘ilganda tashkil qilinadi.

Xonada funksional krovat, krovat yoniga qo‘yiladigan tumbochka, tuvak, tuvak qo‘ygich, tomchilab quyish uchun shtativ, zarur miqdordagi dorilar uchun shkaf, shprislar, ninalar, til ushlab turgich, og‘iz kengaytirgich, laringoskop, asboblari uchun stol bo‘lishi kerak. Agar xonada bemor ayol bo‘lsa, unda krovat yonida narkoz apparati turishi lozim. **Eklampsiya bo‘lgan ayol uchun individual tibbiy post o‘rnatiladi.**

Muolajalar xonasi

Muolaja xonasi homilador ayollarni tashqi va ichki (qin orqali) akusherlik tekshiruvlari va kichik jarrohlik amallarini o‘tkazish uchun mo‘ljallangan.

Bu xonada quyidagilar joylashtiriladi: qinni tekshirish uchun ginekologik kreslo, 1 shkaf, 2 ta stol, 1 stul, kushetka, tumbochka, arterial qon bosimni o‘lchaydigan asboblari, chanoq o‘lchagich, santimetrli tasma, stetoskoplar, harorat o‘lchagich termometrlari.

Shkafda bachadon bo‘yni yetishmovchiligini operatsiya yo‘li bilan bartaraf etish uchun tibbiy asboblari (qin ko‘zgulari, ko‘targich), 2 ta qisqich, 2 ta stol, mayda tishli qisqichlar, 2 ta anatomik va xirurgik pinsetlari, to‘g‘ri va egri uzun qaychilar, ignaushlagich, skalpel, har xil tikish ignalari), iplarni olish to‘plami (anatomik va xirurgik pinsetlar, qaychi, skobkani olish pinseti). Bachadon bo‘yni va qin sanatsiyasi uchun zarur doka piliklar sterillash sanasi ko‘rsatilgan va o‘zi ham sterillangan biksda saqlanadi.

Homilador ayol kelib tushgan kunida qin tekshiruvlari zaruratga qarab o'gkaziladi. Platsenta oldinda joylashganligiga gumon qilinsa, qin tekshirishlari operatsiya xonasida o'tkaziladi.

Shuningdek, yetarli miqdorda kleyonka xaltada saqlanadi, dezinfeksiyalangan, to'shaladigan kleyonkalar ham bo'lishi zarur. Har bir ayol tekshirib ko'rilgandan keyin foydalanilgan kleyonkalik to'shak maxsus ajratilgan idishda dezinfektant bilan zararsizlantiriladi.

Protsedura xonasi

Protsedura xonasida tahlil uchun tomirdan qon olinadi, ineksiyalar, homiladorlarga tomir orqali dori yuborish, qon quyish va boshqa amallar bajariladi.

Ushbu xonada: 2 ta javon, 2 ta stol, 1 ta stul, kushetka, suyuq va surtma dorilar, qon guruhlarini aniqlash uchuk zardoblar saqlanadigan muzlatgich, qon quyish uchun shtativ, dorilar uchun seyf bo'lishi lozim.

Javonlarning birida dorilar, dori tarqatish uchun emal idishda menzurkalar, ikkinchisida — qon guruhlarini aniqlash uchun likopchalar, Petri kosachalari, suv termometri, 3—4 ta Koxer qisqichlari, suv hammomi, qon quyish uchun steril sistema saqlanadi. Stolning birida mato va dokadan tayyorlangan shariklar hamda niqoblar saqlanadigan biks, steril shpris va ignalar joylashtiriladi. Ikkinchi stol qon quyishda va boshqalarda foydalaniladi.

Akusherlik bo'limi

Akusherlik bo'limlari o'rinlar soniga qarab I akusherlik bo'limi va II akusherlik bo'limi tashki etiladi. Bo'limlarning ikkalasi ham bir-biriga o'xshash bo'lib, tug'ruqlar qabul qilish va tug'ruqdan keyingi davrni olib borish uchun mo'ljallangan. Atrofidagilar uchun xavf tug'diruvchi infeksiyaning klinik belgilari bo'lsa, ayollar maxsus ajratib qo'yilgan (boks) xonalarga joylashtiriladi. Akusherlik bo'limi tug'ruq zallari (xonalari), tug'ruqdan keyingi xonalar (palatalar), infeksiyasi bor ayollar uchun maxsus ajratilgan xona, operatsiya bloki hamda sanitar xonalaridan tarkib topadi.

TUG'RUQ BLOKI

Tug'ruq xonalari (zallari)

Tug'ruq zalida xodimlar aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda ishlaydilar. Tug'ruq zallari yaxshi tabiiy va sun'iy

yorug'likka ega bo'lishi, havo harorati 26 darajadan kam bo'lmasligi (albatta, termometr bo'lishi kerak), eshiklari yopiq bo'lishi kerak.

Tug'ruq blokida quyidagi xonalar bo'lishini nazarda tutish kerak:

a) tuvaklarni yuvish va dezinfeksiyalash, kleyonkalarni yuvish, dezinfeksiyalash va quritish xonasi;

b) yo'ldoshni vaqtinchalik saqlash uchun muzlatgich turadigan xona.

Individual tug'ruq zalida kushetka, tug'adigan ayol va tug'ruq qabul qilish uchun krovatlar, sterillangan bikslar qo'yiladigan o'rindiq, asboblarni uchun stol, dori-darmonlar va tibbiy asboblarni uchun javonlar, aylanadigan taburet, 1–2 ta stul, ko'chma reflektor, extiyot yoritgichlar, tomchilab quyish uchun shtativlar. Barcha inventar oson ishlov beriladigan narsa bilan qoplangan bo'lishi lozim. Elektr so'rg'ich, narkoz apparati, chiqindi materiallarni yig'ish uchun 2 ta emallangan tog'ora, qattiq inventar va jihozlarga ishlov berish uchun dezinfeksiyalovchi eritma solingan qopqoq bilan yopilgan emallangan raqamli idish, suv o'tkazmaydigan materialdan qilingan fartuklar ham bo'lmog'i lozim.

Dezinfeksiyalash uchun steril vetosh bir marta ishlatiladi, so'ngra u yuviladi, quritiladi va sterilizatsiya bo'limiga topshiriladi.

Og'riqsizlantirish va reanimatsiya yordami ko'rsatish uchun zarur barcha vositalar, veneseksiya, o'mrov osti vena qon tomiri punksiyasi, spinal, epidural va peridural og'riqsizlantirish uchun steril to'plamlar alohida saqlanishi kerak. Bundan tashqari likopcha, suv termometri va qon guruhi hamda Solovyev uslubi bo'yicha qon mosligini aniqlash uchun Petri kosachalari (zardoblar yig'masi muzlatgichda saqlanadi), qon quyish uchun sterillangan sistema, Li-Uayt bo'yicha qonning ivish vaqtini tekshirish uchun 2–3 probirka, qon olish uchun 5–6 ta flakonlar, shprislarni, ninalar, yodning 5%li spirtli eritmasi, 1%li yodonat yoki 70⁰, 96⁰ li etil spirti bilan artilgan shisha flakonlar, qaychilar, yopishqoq malham (leykoplastir) va chiqindilarni tashlash uchun idish ham zarur bo'ladi.

Dori-darmonlar uchun javonning bir qavatiga qon ketishda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun barcha zarur dorilar joylashtiriladi, ikkinchisiga — gestozlarda va uchinchisiga — yurak-qon tomir sistemasini kasalliklari bo'lgan ayollarda qon aylanishining buzilishida ishlatiladigan dorilar qo'yiladi. Stollarning biriga maxsus o'rindiqlarga sterillangan to'shagichlar, tagliklar, doka shariklar, xalatlar, rezina

kateterlar solingan bikslar joylashtiriladi. Boshqa stolda 3 ta kornsang, 3–4 ta to‘g‘ri qisqich, uzun egilgan qaychilar, qin ko‘zguni va ko‘targich, katta kyuretka (tug‘ruqdan keyin bachadonni asboblar yordamida tekshirish uchun), 1–2 ta Koxer qisqichi, 2–3 ta metall kateterlar, steril shprislar, ninalar, yodning 5% li spirt eritmasi yoki 1% li yodonat saqlanadigan yaxshi yopilgan keng bo‘yinli qora shisha banka, 70⁰ li spirt, sterillangan vazelin yog‘i bo‘lgan flakon, steril matoga o‘ralgan kornsang solingan sterilizatorlar joylashtiriladi. Stol va maxsus o‘rindiqlarga steril materiallar va tug‘ruq qabul qilish uchun steril jamlanmalar solingan bikslar qo‘yiladi.

Tug‘ruq qabul qilish uchun kerak bo‘lgan jamlanma ichiga quyidagilar kiradi:

a) tug‘adigan ayol uchun: ko‘ylak, to‘shaladigan kleyonka, choyshab, kateter, mato shariklar;

b) doya uchun: xalat, qo‘lqop, qalpoqcha. Vrach va doya uchun alohida toza respiratorlar;

d) yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun kiyim va tagliklar.

Yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun uydan olib kelingan kiyim-kechak (paxtalik, toza, dazmollangan) yoki chaqaloqlar uchun maxsus jamlanma ishlatilsa yanada yaxshi bo‘ladi.

Kindikka birlamchi ishlov berish uchun jamlanma 2 ta qisqich, qaychi, steril shariklardan tashkil topadi.

Kindikka ikkilamchi ishlov berish uchun jamlanma qaychi, qisqichlar, Rogovin qisqichi, 2 dona diametri 1 mm va uzunligi 1,5 sm bo‘lgan ipak ligatura yoki steril rezina halqalar, steril shariklardan iboratdir.

Tuqqan ayol uchun jamlanma quyidagilardan iborat:

–bachadon bo‘ynini tekshirib ko‘rish uchun jamlanma (keng uzun plastinkasimon akusherlik ko‘zguni, katta ko‘targich, 3 ta abortsang, 1 ta kornsang, 1 ta Koxer qisqichi);

–bachadon bo‘yni, qin, oraliq yirtilishini tikish uchun to‘plam (igna ushlagich, qaychilar, pinsetlar, bachadon bo‘ynini ushlab uchun qisqich, oynalar); rezinali vakuum ekstraktori.

Yig‘malar miqdori tug‘ruq blokida bir sutka davomida o‘rta hisobda nechta tug‘ruqlar qabul qilinishiga bog‘liq bo‘ladi.

Tug‘ruqdan keyingi bo‘lim

Akusherlik bo‘limining tug‘ruqdan keyingi palatalar soni bo‘limdagi o‘rinlar miqdoriga bog‘liq bo‘ladi. Bo‘limda quyidagilar ko‘zda tutilishi kerak:

- tekshirib ko‘rish xonasi (bu yerda tuqqan ayollarni ginekologik kreslodagi tekshirib ko‘riladi va tashqi jinsiy a‘zolari tozalanadi);
- protsedura xonasi;
- vaksinalarni saqlash xonasi (muzlatgich bilan);
- oshxonadan olib kelingan ovqatni tarqatish xonasi;
- dushxona;
- tuvaklarni yuvish va zararsizlantirish uchun qo‘shimcha yuvg‘ich joyiga ega bo‘lgan sanitariya shoxobchasi.

Akusherlik bo‘limlarining barcha tug‘ruqdan keyingi palatalarida ish tuqqan ayol va uning chaqalog‘ini birgalikda bo‘lishi tamoyili bo‘yicha tashkil qilinishi kerak. Kasal bo‘lib qolgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ixtisoslashgan yordamning 11-bosqichiga, ya‘ni ko‘p tarmoqli bolalar kasalxonasining yangi tug‘ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo‘limiga o‘tkaziladi. Ruhiy kasallik aniqlangan tuqqan ayol oldida uni yaqin qarindoshlaridan biri yoki tibbiyot xodimi doimo bo‘lishi lozim.

Alohida maxsus (boks) palatalar

Bu palatalar havo-tomchi yo‘li bilan yuqish xavfi bo‘lgan infeksiyon kasalliklar (silning ochiq shakli, O‘RVI) belgilari bo‘lgan tug‘adigan va tuqqan ayollarni yotqizishga mo‘ljallangan.

Alohida maxsus palatalar bitta ayolni joylashtirilishiga hisoblangan bo‘lishi kerak. Bolasi alohida palataga yotqiziladi.

Alohida maxsus palataga o‘tkazish, uning yotqizilishi yoki o‘tkazilishi sababi ko‘rsatilgan holda maxsus jurnalda qayd qilib qo‘yilishi lozim.

Operatsiya bloki

Operatsiya bloki statsionarning tarkibiy bo‘linmalaridan bo‘lib, akusherlik bo‘limlari va bokslangan palatalardan alohida operatsiya amallarini bajarishga mo‘ljallangan xonalar majmuasidan iboratdir.

Operatsiya blokiga quyidagilar kiradi:

- operatsiya oldi xonasi;
- operatsiya xonasi;
- materiallar xonasi;
- maxsus kiyimlar va xodimlarning ishchi kiyimlari xonasi;
- apparatlar va asbob-uskunalarini joylashtirish xonasi;
- katta hamshira uchun xona.

Operatsiya bloki statsionar bakteritsid nurlatgichlar va havoni tashqaridan tortib oladigan shamollatgich qurilmalariga ega bo‘lishi lozim.

Operatsiya oldi xonasi

Operatsiya oldi xonasining jihozlanishi: 2 ta tumbochka, 2 ta stol, jarrohlarni qoʻlini yuvishi uchun emallangan togʻora va uni qoʻyadigan taglik, qon va uning oʻrnini bosadigan suyuqliklarni saqlash uchun muzlatgich (operatsiya blokida buning uchun maxsus xona boʻlmasa).

Muzlatgichlarda qon zaxirasiga ega boʻlish kerak: rezus-musbat – O(I) guruh 2 flakon va qolgan guruhlarini 1 flakondan, rezus-manfiy – O(I) guruh 2 flakon, A(II) va V(III) guruhlarini 1 flakondan. Muzlatgichda qondan tashqari qonning barcha guruhlarining yangi muzlatilgan zardoblari 1 flakondan, albumin (2–3 flakon). Shuningdek, 6% li poliglyukin, reopoliglyukin, 5% li gemodez, 8% li jelatinol, kristalloid eritmalar (disol, trisol, xlosol va boshqalar) boʻlishi kerak.

Operatsiya xonasi

Jihozlanishi: operatsiya stoli, asboblar uchun 2 ta stol (birida operatsiya ishi bajarilayotganda zarur boʻlgan hamma narsalar, jarrohga yaqin turadigan ikkinchi koʻchma stolda – operatsiya ishining hozirgi bosqichida kerak boʻladigan narsalar turadi), narkoz berish va nafas oldirish apparatlari, monitor, elektrokardiograf, elektr soʻrgʻich (elektrootsos), vakuum-ekstraktor, koagulyator, defibrilyator va boshqalar, qon quyish sistemalari uchun shtativlar, bir necha taburetkalar, qoʻshimcha yoritish uchun koʻchma reflektor, foydalanilgan material uchun togʻoralar, yangi tugʻilgan chaqaloqni yoʻrgaklash uchun kleyonka, gʻilofli matras toʻshalgan yoʻrgaklash stoli va yangi tugʻilgan chaqaloq oʻpkasini sunʼiy nafas oldirish uchun apparat boʻlishi kerak. Maxsus javonda steril shprislar, ninalar, boʻyni keng va tiqin bilan yopilgan, ipak va ketgut solingan shisha idishlar, ketgutlik ampulalar, bachadonni qisqartiruvchi vositalar, steril eritmalar (natriy xloridining izotonik eritmasi, 5% li glukoza, yodning 3% va 5% li spirtli eritmasi solingan flakonlar) va 70% li etil spirti saqlanadi.

Anesteziologiya-reanimatsiya boʻlimi

Anesteziologiya-reanimatsiya boʻlimi tugʻruq kompleksi tarkibida tashkil qilinadi va uning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- operatsiyada, tugʻruqlarda, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy ogʻriqsizlantirish, narkoz va regionar ogʻriqsizlantirishga tayyorlash va bajarish boʻyicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish;

– kasallik, operatsiya aralashuvi va boshqa sabablar tufayli yuzaga kelgan hayotiy muhim aʼzolar faoliyatini qoʻllab-quvvatlash hamda tiklash boʻyicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish.

Asosiy vazifalariga mos ravishda xodimlar:

– koʻrsatmalar boʻyicha homiladorligi asoratli kechgan, ekstragenital kasalliklari boʻlgan homilador va tuqqan ayollarga hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga intensiv davolash choralari oʻtkazadi;

– umumiy va regionar ogʻriqsizlantirishning optimal uslubini aniqlaydi;

– operatsiya, tugʻruqlar, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy va regionar ogʻriqsizlantirish hamda operatsiyaga tayyorlash ishlarini amalga oshiradi;

– bemorlar holatini narkozdan keyingi davrda muhim aʼzolar faoliyati turgʻunlashguncha kuzatib boradi.

III BOB. SHIFOXONA ICHI INFEKSIYASINING OLDINI OLISH. AKUSHERLIKDA ASEPTIKA- ANTISEPTIKA VA DAVOLASH-MUHOFAZA TARTIBI

AKUSHERLIKDA ASEPTIKA-ANTISEPTIKA

Yo'ldosh ko'chib tushgandan keyin bachadonning ichki yuzasi keng jarohatga o'xshab qoladi, hatto normal tug'ruqda ham ko'pincha bachadon bo'yni, qin, oraliq chaqalanadi va yirtiladi.

Bachadonning jarohati yuzasiga, tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylariga mikroorganizmlar kirs, chilladagi septik kasalliklar ro'y berishi mumkin.

Ayol organizmining chidamini kamaytiradigan shart-sharoitlar: nerv tizimining o'ta zo'riqishi, qon yo'qotish, gipovitaminozlar, avval boshdan kechirilgan kasalliklar va hokazolar chilladagi septik kasalliklarning avj olishiga yo'l ochadi.

Akusherlikda antiseptika bilan aseptika joriy qilinguncha chilladagi septik kasalliklar («tug'ruq isitmasi») juda tez ro'y berib turgan, tug'ruq komplekslarda chilladagi septik kasalliklar og'ir — epidemiya tusini olardi. «Tug'ruq isitmasi»dan o'lish 25% ga yetar va undan ham oshar edi. «Tug'ruq isitmasi» epidemiyasi ro'y bergani munosabati bilan tug'ruq komplekslari bir qadar uzoq vaqtga yopib qo'yilar edi.

Avstriya poytaxti Vena shahri akusherlik klinikasida ishlagan vengriyalik olim I.F.Zemmelveys o'tgan asrning o'rtalarida qayd qilganidek, talabalar patologik anatomiya kafedralarida o'liklarni yorib anatomiyani o'rganib, keyin akusherlik klinikasida amaliyotni o'tayotgan bir vaqtda, o'sha klinikada tuqqan ayollarning kasallanishi va o'limi ancha ko'p bo'ladi.

I.F.Zemmelveys ifloslangan asboblardan va tug'ruqni boshqarayotgan tibbiy xodimlarning qo'lidan «chiriyotgan hayvon organik moddalari»ning tug'ruq yo'llariga kirib qolishi oqibatida chilla davri kasalliklari ro'y beradi, degan xulosaga keldi. Tug'ruqni boshqaruvchi vrachlar va akusherlarning qo'lini xlorli suv bilan dezinfeksiya qilish usulini joriy etdi (1847). Bu I.F.Zemmelveysning eng buyuk kashfiyoti edi. Chilladagi kasalliklarning oldini oladigan bu

oddiy usul tuqqan ayollarning o'lishini keskin darajada kamaytirdi (1,5%). I.F.Zemmelveys xorli suvni ishlatib, akusherlikda antiseptika asoslarini yaratdi.

I.F.Zemmelveys kashfiyotidan 20 yil keyin jarroh Lister aseptika asoslarini, ya'ni jarohatga o'raladigan bog'lov materiali, asboblar, choyshab, salfetka va shu kabilarni yuqimsizlantirish asoslarini yaratdi.

Chilladagi septik kasalliklarga patogen mikroblarning ko'p turlari sabab bo'ladi. Ammo stafilokokklar bilan streptokokklar septik infeksiyaning eng ko'p uchraydigan sababchilari hisoblanadi. Ichak tayoqchasi, gazli gangrena mikroblari, pnevmokokk va boshqa turli mikroblar chilladagi kasalliklarni qo'zg'aydi. Chilladagi kasalliklarning mikroblari tashqi muhitda tarqalgan, ular odam organizmida o'sib, yashayveradi-yu, odatdagi sharoitda kasallantirmaydi.

Kasallik tug'diruvchi mikroblarga keng yo'l ochib beradigan jarohat yuzalari mavjud bo'lganda, septik kasalliklar ro'y beradi. Bachadonning ichki yuzasi, bachadon bo'yni, qin va oraliqning bola tug'ilayotganda yirtilgan, yorilgan va choklangan joylari chilladagi infeksiya (kasallik mikroblari) kiradigan yo'llar hisoblanadi.

Chilladagi infeksiya manbalari ko'p va turli-tuman. Infeksiya o'choqlari ayolning o'z organizmida bo'lishi mumkin (endogen infeksiya). Terining yiringli kasalliklari, tish chirishi, alveolyar pioreya (paradontoz), angina, siydik-tanosil a'zolarining yallig'lanish kasalliklari infeksiya o'choqlariga kiradi. Homilador ayol, ayniqsa, saramas, angina, yiringli jarayonlar bo'lgan bemorlarga yaqin yurgan taqdirda terisi zararlanmagan holda, unda patogen mikroorganizmlar yashab, o'sib turishi mumkin. Infeksiya shu o'choqlardan qon va limfa tomirlari orqali, shuningdek, yuza bo'ylab tarqalib, tug'ruq yo'llariga kiradi (teridan qinga, qindan bachadonga o'tadi).

Homiladorlik vaqtida infeksiyaning oldini olish choralari. Homiladorlik gigiyenasi qoidalariga rioya qilish chilladagi kasalliklarning oldini oladigan eng muhim choradir. Homilador ayol organizmidagi infeksiya o'choqlariga barham berish (og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish — sanatsiya, yiringli kasalliklar, angina va boshqa yallig'lanish jarayonlarini tuzatish, homilador ayolni infeksiyali bemorlarga yaqinlatmaslik, badanni toza tutish, homiladorlikning so'nggi ikki oyida jinsiy aloqani taqiqlash, ayniqsa, muhim

ahamiyatga ega. To'g'ri turmush kechirish va ratsional ovqatlanish organizmning yuqumli kasalliklarga chidamini oshirib, chilladagi septik infeksiyaning oldini olishga yordam beradi.

Tug'ruq vaqtida septik infeksiyaning oldini olish choralari.

Tug'uvchi ayollarning hammasi tug'ruq kompleksiga kelgach ko'zdan kechiriladi. Tana harorati ko'tarilganligi, terining yiringli kasalliklari, angina, gripp, so'zak va boshqa kasalliklar aniqlangan taqdirda tug'uvchi ayollar tug'ruq kompleksiga kelgan sog'lom ayollardan ajratib, ikkinchi akusherlik bo'limiga yotqiziladi. So'nggi kunlarda yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga yaqin yurgan ayollar va uyida aseptikaga xilof sharoitda tuqqan ayollar ham ikkinchi akusherlik bo'limiga yotqiziladi. Tug'uvchi ayol tug'ruq kompleksiga kelganda sanitariya ishlovidan o'tadi, ayni vaqtda badanining junli qismlari sinchiklab ko'zdan kechiriladi, qo'l oyoq tirnog'i olinadi, qovuqni bo'shatish buyuriladi, ichni tozalash maqsadida huqna qo'yiladi, tashqi jinsiy a'zolar va qo'ltiq juni olinadi, yuviladi va quritiladi. Shundan keyin ayol dushga tushadi, toza kiyim kiyib, tug'ruqdan oldingi palataga jo'natiladi. Tug'uvchi ayol maxsus tug'ruq blokida tug'diriladi, bu paytda operatsiya xonalar qanday toza tutilsa, xuddi shunday toza tutiladi.

Tug'uvchi ayolning jinsiy a'zolariga uriladigan hamma narsa steril bo'lishi kerak. Ko'ylak, choyshab, paypoq, ayolning tagiga yoziladigan narsalar, bog'lov materiali avtoklavda sterillanadi. Akusherlik asboblari qaynab turgan suvda 10 daqiqa qaynatib sterillanadi. Asboblar zanglab qolmasligi uchun 1 / suvga 1 osh qoshiq hisobidan soda solinadi. Shprislar, rezina kateterlar, ballonlar va qo'l yuvadigan cho'tkalar qaynatib sterillanadi. Kesadigan asboblar bintga o'ralib, keyin qaynatiladi yoki spirtida sterillanadi.

Tug'ruqni boshqaruvchi vrachlar va akusherlar qo'lini yuqumsizlantirish akusherlikda g'oyat muhim ahamiyatga egadir. Qo'l terisida hamisha turli mikroblar, jumladan patogen mikroblar ko'p. Mikroblar terini qoplagan yog' qavatida, yog' bezlarining tashqi bo'limlarida va ter bezlarining ter chiqarish yo'llarida bo'ladi.

Qo'l to'g'ri tozalansa shu darajaga yetadiki, amalda steril hisoblanadi.

Qo'lni tozalashning mavjud usullaridan Kochergin-Spasokukoskiy yoki Fyurbringer usulidan ko'proq foydalaniladi.

Qo'lni har qanday usulda tozalashdan oldin tirnoqlar kalta qilib olinadi va tirnoq ostidagi kir maxsus asbob bilan tozalanadi.

Kochergin-Spasokukoskiy usuli

1. Emallangan tog'ora spirt bilan tozalanib, kuydirilgach 0,5% li nashatir-spirti eritmasini quyib, unda qo'lni tirsakka qadar steril doka salfetka bilan ishqalab 3 daqiqa yuviladi. Tirnoq osti, bo'g'imlardagi teri burmalari, barmoqlar orasi, ayniqsa, sinchiklab ishqalanadi.

2. Tog'orachaga yangi tayyorlangan 0,5% li nashatir spirtini quyib, unda qo'l 3 daqiqa mobaynida salfetka bilan yuviladi.

3. Qo'l steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.

4. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.

Fyurbringer usuli

1. Qo'l tirsakka qadar iliq suv oqimi ostida 10 daqiqa davomida sovunlab va cho'tkalab (ikki cho'tkada) yuviladi.

2. Qo'l steril salfetka bilan quritiladi va spirt bilan 3–5 daqiqa artiladi.

3. Yod nastoykasi surtiladi (Fyurbringer qo'lni spirt bilan artgandan keyin 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasi bilan tozalashni taklif etgan; sulema homilador va tug'uvchi ayollar qinining yumshagan shilliq pardasidan so'rilgani uchun uni akusherlik amaliyotida ishlatish tavsiya etilmaydi).

Alfeld usuli

1. Qo'l tirsakka qadar 10 daqiqa davomida sovunlab iliq suv oqimi ostida steril cho'tka bilan (ikkita cho'tkada, har biri 5 daqiqadan) yuviladi.

2. Sovun yuvib tashlanib, steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.

3. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.

Qo'l dezinfeksiya qilingach, steril rezina qo'lqop kiyish tavsiya etiladi.

Qo'lni:

a) tug'uvchi ayollar qinini tekshirishdan oldin;

b) tug'ruqni qabul qilishdan oldin;

d) akusherlik operatsiyalari (platsentani qo'lda ko'chirish, akusherlik qisqichini solish, oraliqni tikish va hokazo)dan oldin;

e) yangi tug'ilgan bolani tozalashdan oldin Kochergin-Spasokukoskiy, Alfred yoki Fyurbringer usulida tozalash shart. Hozirgi paytda qo'l iliq suv ostida sovun va steril cho'tka bilan sinchiklab tirnoqlar ostilarini 1 daqiqa davomida yuviladi. Keyin qo'l xlorli

ohak suvga chayib tashlanadi va quruq steril salfetka bilan quritiladi. Undan keyin O'zbekiston Respublikasi Farmqo'mitasi ruxsat etgan dezinfeksiyalovchi modda bilan ishlov beriladi. Bu modda S-4-vodorod peroksid va chumoli kislotasi aralashmasidan 2,4% li qilib tayyorlangan eritma yoki xlorgeksidin biglyukonat, degmin, degmisid, yodopirin va boshqalar. Ko'pincha S-4-pervomurning 2,4% li eritmasi solingan emallangan laganda qo'l 1 daqiqa davomida to'liq botirib turiladi, keyin steril salfetka bilan quritilib, spirt bilan artiladi.

Tug'ruq komplekslari tibbiyot xodimlarining shaxsiy gigiyenasi.

Vrachlar va akusherlar ayollarning chilladagi kasalliklariga sabab bo'ladigan patogen mikroblardan xoli bo'lishlari kerak. Gripp, angina, terining yiringli va boshqa kasalliklari bo'lgan bemorlarga, yiringli jarohatlarga va boshqa infeksiya manbalariga yaqin yurgan vrachlar, akusherlar va sanitarkalar tug'uvchi ayollarga yaqinlashtirilmaydi. Qo'li chaqalangan, yorilgan, ekzema, madda va boshqa kasalliklari bo'lgan xodimlar tug'ruq kompleksida ishlashga qo'yilmaydi. Tug'uvchi ayollarga va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga qarab turadigan tibbiy xodimlar organizmida infeksiya boryoqligini aniqlash maqsadida muntazam ravishda tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi, qo'l, tomoq va burun bo'shlig'idagi mikroflora vaqt-bavaqt tekshirib turiladi. Patogen mikroblar topilgan kishilar tug'ruq komplekslarida ishlashga qo'yilmaydi.

Tibbiyot xodimlari tug'ruq kompleksida ish boshlashdan oldin dushga tushib, kiyimlarini almashtiradilar, oson yuviladigan material (chit, satin) dan tikilgan kiyim kiyadilar, so'ngra toza xalat kiyib, kosinka o'raydilar. Kiyim va xalatning yenglari tirsak yuqorisigacha shimariladi, bu esa qo'lni tez-tez yuvib turish va to'g'ri dezinfeksiya qilish uchun zarur.

Xalat yuvilganda qaynatib, keyin dazmollanadi; xalat kiyimni yaxshilab berkitib turishi kerak. Akusher tug'ruqni qabul qilishdan oldin xalatning ustidan toza kleyonka fartuk tutadi va steril xalat kiyadi.

Kosinka sochni batamom berkitib turishi kerak. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar palatasida ishlaganda og'iz-burunni berkitib turadigan niqob tutish shart. Niqobni to'g'ri tutish infeksiyaning havo-tomchi yo'li orqali o'tish xavfini bartaraf qiladi. Og'iz va burun bo'shlig'idan chiqadigan mikroblar niqobda ushlanib qoladi. Niqob zich oq materialdan yoki 3-4 qavat dokadan tikiladi. Niqobga mik-

roblar tez kirib oladi. Shuning uchun niqob ish kuni mobaynida ikki marta almashtiriladi. Ifloslangan (kir) niqoblar maxsus idishga yig'iladi, yuviladi, qaynatib yoki avtoklavga solinib dezinfeksiyalanadi.

Tug'ruq kompleksining sanitariya tartibi. Tug'ruq kompleksi binosi namunali darajada toza tutilishi lozim. Bino yiliga kamida bir marta ta'mirlanadi. Barcha palatalar, yo'laklar, sanitariya uzellari va boshqa yordamchi binolar kuniga kamida ikki marta ho'llab tozalanaadi va shamollatiladi. Tug'ruq bo'limi va yangi tug'ilgan chaqaloqlar yotadigan palatalar havosi muntazam ravishda bakteriologik tekshiruvdan o'tkazib turiladi. Tug'ruq bo'lmasi, tug'ruqdan oldingi palata, tuqqan ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar yotadigan palatalar har 7–10 kunda sinchiklab sanitariya qayta ishlovidan o'tkaziladi. Palatalar navbat bilan bo'shatiladi, bir kecha-kunduz shamollatiladi, so'ngra moyli bo'yoq surtilgan devorlari, pollari, derazalari, tumbochka va krovatlar sovunlab yuviladi, tarkibida xlor bo'lgan eritma bilan artiladi. Krovatlarga toza matras, choyshab va adyollar yoziladi; devorlar va jami mebelga kvars-simob lampasidan nur tushiriladi, bu esa tug'uvchi ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ishlatilgan narsalarni yuqumsizlantirishga yordam beradi.

Tug'ruq krovatiga oq kleyonka va toza choyshab yozib qo'yiladi. Har bir ayol tug'gandan keyin kleyonka yuviladi, dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi. Tug'ruq vaqtida krovatga steril choyshab yoziladi. Tuqqan ayollar yotadigan palatalarda quyidagicha sanitariya ishlovi o'tkaziladi. Tuqqan ayol uyiga jo'natilgach, krovat yuviladi, matras, yostiq va adyol 12–24 soat shamollatiladi, mumkin qadar oftobga yoyiladi. Chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr) isitma bilan o'tgan bo'lsa, matras, yostiq va adyol dezinfeksiya qilinadi. Matras ustidan yozilgan kleyonka iliq suvda sovunlab yuviladi, so'ngra lizofom yoki xloramin eritmasi bilan dezinfeksiyalanadi.

Foydalanilgan choyshab, ko'ylak, kir sochiq va salfetkalar maxsus yashiklarga yig'iladi (bu yashiklar maxsus «kir kiyim» xonasida turadi) va mumkin qadar tezroq kirxonaga topshiriladi. Tug'ruq kompleksining kiyim-kechagi boshqa davolash muassasalarining kiyim-kechagidan alohida yuviladi, bu esa infeksiyaning oldini olish uchun juda muhim. Kiyim-kechak qaynatilib, keyin dazmollanadi. Toza kiyim-kechak maxsus shkaflarda, steril kiyim-kechak maxsus qutilarda (barabanlarda) saqlanadi. Tuqqan ayol-

larning kiyim-kechagi, choyshablari tez-tez, kir boʻlgan sayin yangilanadi; tagiga yoziladigan tagliklar kuniga kamida 2–3 marta almashtiriladi. Tagliklar ostidan solinadigan kleyonkalar kuniga 2–3 mahal almashtiriladi va yuviladi. Kleyonkalar iliq suvda choʻtka bilan sovunlab yuviladi, chayiladi, dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi, quritiladi va ishlatguncha steril qopda saqlanadi.

Tuvaklarni sterillash chilladagi kasalliklarning oldini olish uchun muhim ahamiyatga egadir. Tugʻuvchi va tuqqan har bir ayolga sterillangan alohida tuvak tutiladi. Tuvakni tutishdan oldin suvga yuviladi, maxsus bakda 10–15 daqiqa qaynatiladi, toza barchokda yoki steril qopda saqlanadi. Tutilgan tuvaklar boʻshatilib, oqib turgan suvda yuvilgach, dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan chayiladi va krovat tagidagi tirgakka qoʻyiladi. Tuqqan ayollar tagini tozalaganda jinsiy yoʻllarga infeksiya kiritmaslik qoidalariga rioya etiladi.

TUGʻRUQ KOMPLEKSLARIDA DAVOLASH-MUHOFAZA TARTIBI

Homilador, tugʻuvchi, tuqqan ayollar va ginekologik bemorlarda bajariladigan barcha ishlar davolash-muhofaza tartibiga rioya qilish zarurligiga asoslanadi.

Davolash-muhofaza tartibi — ayollarning nerv tizimiga yaxshi taʼsir etadigan, ulardagi salbiy emotsiya, hadiksirash va shu kabilarni bartaraf qiladigan choralar tizimidir. Davolash-muhofaza tartibi tibbiyot xodimlarining harakatiga, tugʻruq yoki kasalliklarning eson-omon oʻtishiga ishonch tugʻdiradi. Davolash-muhofaza tartibini muvaffaqiyatli oʻtkazish tugʻruqqa yordam muassasasidagi umumiy madaniyatga anchagina bogʻliq. Muassasaning umumiy koʻrinishi, barcha binolar va hududning ozodaligi ham ahamiyatlidir. Davolash-muhofaza tartibi maslahatxonaga va tugʻruq kompleksida ayollarga xizmat koʻrsatishning toʻgʻri tashkil etilishiga koʻp jihatdan bogʻliq. Ishni shunday tashkil qilish kerakki, tibbiy xodimlarning butun faoliyati ona va bolaga gʻamxoʻrlik qilish ruhi bilan sugʻorilganligini asl maslahatxonaga birinchi marta kelganda-yoq sezilib tursin.

Homiladorlar va bemorlar bilan mumkin qadar xushmuomalada boʻlish va mehribonlik qilish kerak. Umumiy va maxsus aku-

sherlik tekshirishi e'tibor bilan batafsil o'tkaziladi. Gigiyena, parhez va boshqa masalalarga taalluqli maslahatlar ochiq ko'ngillik bilan tushunarli qilib beriladi. Akusher homiladorlikning og'irlashuvini yoki ginekologik kasalliklarni aniqlaganda alohida ehtiyotkor bo'lishi kerak. Akusher o'z fikrini ayolga yotig'i bilan aytadi va vrachga borish kerakligini tushuntiradi. Ayni vaqtda akusher ayolning qo'rquv-hadiksirashlarini bartaraf qiladi, homiladorlik yoki kasallikning eson-omon o'tishiga ishonch tug'diradi.

Nazorat uchun savollar

1. Aseptika va antiseptika deganda nimani tushunasiz?
2. I.F.Zemmelveys, I.P.Pirogovlarning qo'shgan hissalarini.
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligining №500 13.11.2003 buyrug'ining mohiyati.
4. 1-iyul 2004-yilgi 307-sonli buyruqning mohiyati.
5. Tibbiy xodimlarning individual himoya vositalari.
6. Mikroorganizmlar tarqalishini qanday oldi olinadi?

II QISM. FIZIOLOGIK AKUSHERLIK

IV BOB. AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy a'zolari tashqi va ichki jinsiy a'zolarga ajratiladi. Tashqi jinsiy a'zolar, asosan, jinsiy his a'zolari hisoblanadi; ichki jinsiy a'zolar homilani yetiltirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.

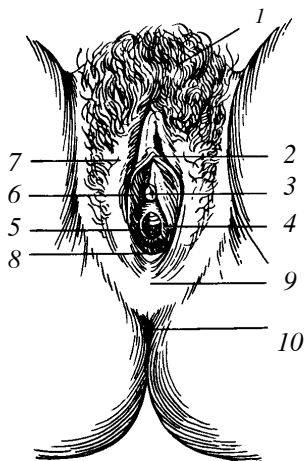
TASHQI JINSIY A'ZOLAR

(Genitalia externa)

Tashqi jinsiy a'zolarga qov, katta va kichik (uyatli) jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uning katta bezlari — Bartolin bezlari kiradi (1-rasm), Tashqi va ichki jinsiy a'zolar o'rtasidagi chegara qizlik pardasi (*hymen*) hisoblanadi.

Qov (*mons pubis*) simfizning oldingi¹ va yuqori tomonida joylashgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i)dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining ko'ndalang egatchasidan iborat bo'lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o'ng va chap tomonda qov burmalari bor, qov orqa tomondan katta jinsiy lablarga qo'shilib ketadi. Qovni jun bosgan. Voyaga yetgan ayolda qovdagi junning yuqori chegarasi gorizontall chiziq shaklida bo'ladi. Bunga qarama-qarshi o'laroq erkaklarda qov junining yuqori chegarasi yuqoriga tomon o'tkirlanib, qorinning oq chizig'i bo'ylab ba'zan kindikkacha boradi. Bolalik davrida qov junsiz bo'ladi, keksalik davrida esa qovdagi jun siyraklashib qoladi.



1-rasm. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari:

1—qov; 2—klitor; 3—siydik chiqarish kanali (uretra)ning tashqi teshigi; 4—qizlik pardasi; 5—qin kirish qismi; 6—kichik jinsiy lab; 7—katta jinsiy lab; 8—orqa bitishma; 9—oraliq; 10—orqa chiqaruv teshigi.

¹ "Oldingi", "orqadagi", "yuqoridagi", "pastdagi" terminlari tikka turgan ayolga nisbatan qo'llaniladi. Ayol boshqa vaziyatda bo'lsa ham, xuddi shu tikka turganday faraz qilinib, shu ifodalardan foydalaniladi.

Qov junining o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq. Ba'zi ayollarda qov juni erkaklardagiga o'xshash joylashgan yoki yetarlicha qalin bo'lmaydi, bu esa jinsiy a'zolarining yaxshi yetilmasligidan va tuxumdonlar funksiyasining yetarli emasligidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (*labia pudendae majora*) — uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o'tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o'tadi, orqa tomonda esa sekin-asta torayib pastga tushadi va o'rta chiziqda bir-biriga qo'shilib, **orqadagi bitishma** (*commisura labiorum posterior*)ni hosil qiladi. Katta jinsiy lablar sirtini jun bosgan, ter va yog' bezlari bor. Katta jinsiy lablarning ichki yuzasi shilliq pardaga o'xshaydigan nozik pushti teri bilan qoplangan. Katta jinsiy lablar orasi **jinsiy yoriq** (*rima pudendi*) deb ataladi.

Katta jinsiy lablar bag'rida **qin dahlizining katta bezlari** — **Bar-tolin bezlari** (*glandulae Bartholinii*) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar-naysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (*anus*) o'rtasidagi joy **oralik** (*perineum*), deb ataladi². Oraliq muskul-fassiyadan tuzilgan plastinka bo'lib, tashqaridan teri bilan qoplangan; terida orqadagi bitishmadan opqa chiqaruv teshigigacha davom etadigan chiziq ko'rinadi, u oraliq choki (*raphe perinyei*) deb ataladi. Tashqaridan qaraganda oraliq balandligi (orqadagi bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha bo'lgan masofa) 3–4 sm. Oraliq yuqoriga (ichkariga) tomon torayib boradi, chunki qin va to'g'ri ichak bir-biriga yaqinlashib keladi. Shu tariqa, oraliqning muskul-fassiya qatlami yuqoriga tomon torayib boruvchi ponaga o'xshaydi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudendae minora*) — uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo'lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo'ylab yotadi. Odatda, katta jinsiy lablar kerilgandagina kichik jinsiy lablar ko'rinadi, lekin bular ba'zan baland bo'lib, tashqariga turtib chiqib turadi. Kichik jinsiy lablar oldingi tomonda ikkiga bo'linib, ikki juft oyoqcha hosil qiladi. Oyoqchalarning oldingi jufti o'rta chiziqda, klitor ustida bir-biri bilan qo'shilib, kichkina burma hosil qiladi, bu burma klitorning chekka kertmagi (*prepu-*

² Aniqrog'i, bu oldingi oraliq yoki akusherlar oralig'idir. Opqa chiqaruv teshigi bilan dum suyagi o'rtasidagi joy orqadagi oraliq deb ataladi.

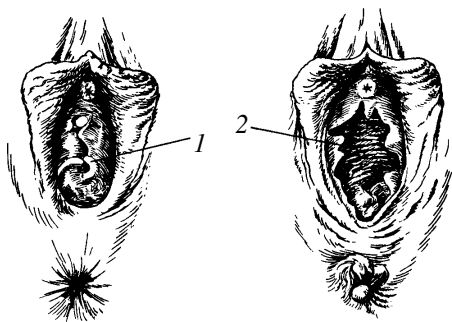
tium clitoridis) deb ataladi. Oyoqchalarning ikkinchi jufti klitor ostida birlashib, uning yuganchasi (*frenulum clitoridis*)ni hosil qiladi.

Klitor (*clitoris*) — kichkina konussimon tuzilma (erkaklar jinsiy aʼzosi (*penis*)ga analog aʼzo) boʻlib, qoʻshilib ketgan ikkita (gʻorsimon) tanadan iborat. Gʻorsimon tanalarda tutash boʻshliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu boʻshliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarining qoʻshilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina doʻmboqchaga oʻxshab turtib chiqib turadi. Klitorning boshchasi, tanasi gʻorsimon tanalar va oyoqchalardan tuzilgan boʻlib, qov va quymich suyaklarining suyak usti pardasiga borib yopishadi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda koʻp. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy hissiy aʼzodir. Jinsiy qoʻzgʻalish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib ketishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (ereksiya).

Qin dahlizi (*vestibulum vaginae*) — oldingi tomondan klitor, orqa tomondan katta jinsiy lablarning orqadagi bitishmasi, ikki yon tomondan kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi, qin tomondagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan iborat. Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali)ning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yoʻllari ochiladi. Qin dahlizida shingilga oʻxshash mayda bezlar va koʻp qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan chuqurchalar (kriptalar yoki lakunalar) koʻp.

Siydik chiqarish kanali (*urethra*). Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2–3 sm orqada boʻlib, yumaloq, baʼzan yoriq, yulduz yoki yarimoy shaklidir. Uretraning boʻyi ayollarda 3–4 sm, eni oʻzgaruvchan, kanali oson choʻziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan ham oshadi). Uretra kanali deyarli toʻppa-toʻgʻri yoʻl oladi, picha yuqoriga egilgan boʻladi. Uretra boshidan oxirigacha qinning oldingi devoriga qoʻshilgan. Qin devorining shu qismi milka oʻxshab picha doʻppayib turadi.

Qizlik pardasi (*hymen*) — qoʻshuvchi toʻqimadan tuzilgan boʻlib, iffatli qizlarda qin kirish qismini toʻsib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan koʻp qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qoʻshuvchi toʻqimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, plastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Qizlik pardasining teshigi boʻladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarimoy, kungirador va naysimon shaklda boʻladi.



2-rasm. Jinsiy hayot va tugʻruq munosabati bilan qizlik pardasining oʻzgarishi:

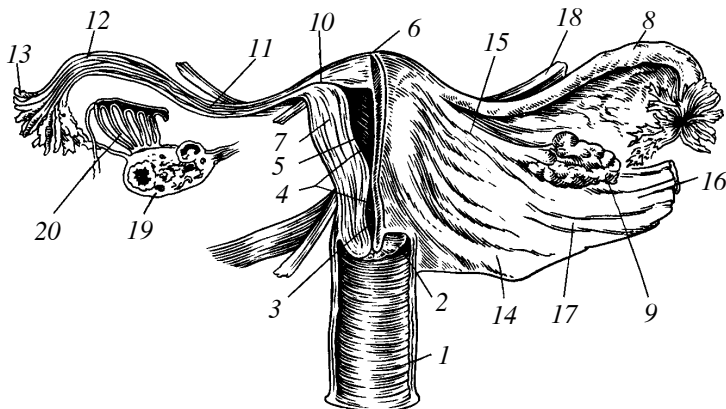
1—gimenal soʻrgʻichlar; 2—mirtasimon soʻrgʻichlar.

Baʼzan qizlik pardasining ikkita yoki bir nechta mayda teshigi kuzatiladi, goho yaxlit (teshiksiz) boʻladi. Qizlik pardasi tugʻma teshiksiz boʻlishi yoki bolalik davrida vulva yalligʻlanishi natijasida teshigi berkilib qolishi mumkin.

Birinchi jinsiy aloqada qizlik pardasi yirtiladi, ayni vaqtda yorilgan tomirlardan qon oqadi. Qizlik pardasidan gimenal soʻrgʻichlar (*carunculae hymenales*) qoladi (2-rasm).

ICHKI JINSIY AʼZOLAR (Genitalia interna)

Ichki jinsiy aʼzolarga qin, bachadon, bachadon naylari (tuxum yoʻllari) va tuxumdonlar kiradi (3- va 4-rasmlar).

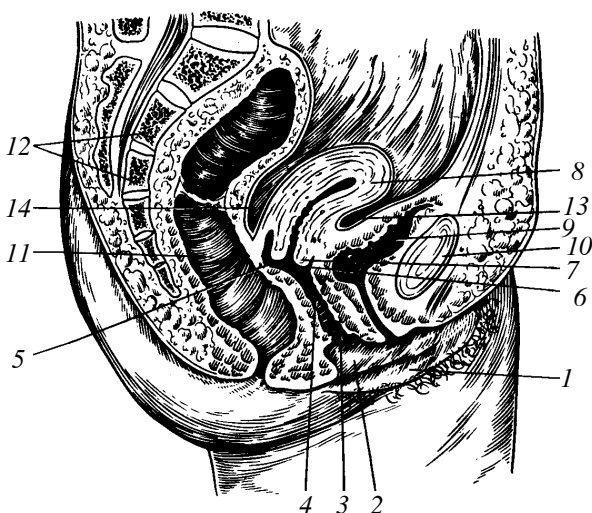


3-rasm. Ayolning ichki jinsiy aʼzolari (frontal sathdan kesilgan):

1—qin; 2—bachadon boʻynining qindagi qismi; 3—bachadon boʻynining kanali; 4—bachadon boʻgʻzi; 5—bachadon boʻshligʻi; 6—bachadon tubi; 7—bachadon devori; 8—bachadon nayi (tuxum yoʻli); 9—tuxumdon; 10—bachadon nayining interstitsial qismi; 11—bachadon nayining istmik (boʻgʻiz) qismi; 12—bachadon nayining ampular qismi; 13—bachadon nayining shokilalari (fimbriyalari); 14—dumgʻaza-bachadon boylami; 15—tuxumdonning oʻz boylami; 16—voronka-chanoq boylami; 17—bachadonning serbar boylami; 18—yumaloq boylami; 19—tuxumdon (kesilgan), follikula va sariq tana bilan birga koʻrsatilgan; 20—parovarium.

Qin (*vagina s. colpos*) — kichik chanoqning oʻrtasida yotgan naysimon, muskulli elastik aʼzodir. Qin oldindan va pastdan orqaga ham yuqoriga qarab boradi, qizlik pardasidan boshlanib, bachadon boʻyniga yopishadigan joyda tugaydi. Qinning boʻyi va eni ancha oʻzgaruvchan boʻladi. Qinning oldingi devori oʻrta hisobda 7–8 sm, orqa devori esa 1,5–2 sm dan uzunroq. Qin choʻziluvchanligiga yarasha eni oʻzgaradi, u oʻrta hisobda 2–3 sm boʻladi, shu bilan birga qinning pastki boʻlimi torroq, yuqori boʻlimi kengroq. Qin devorlari bachadon boʻynining qindagi qismi atrofida gumbazsimon chuqurchalar hosil qiladi, ular **qin gumbazlari** deb ataladi. Qin gumbazlari toʻrtta: oldingi (bachadon boʻynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon boʻynidan orqa tomonda), oʻng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shahvat (sperma) orqadagi gumbazda toʻplanadi, urugʻli suyuqlik (sperma) shu gumbazdan bachadon boʻynining tashqi teshigiga, soʻngra bachadon boʻshligʻiga kiradi. Qin oldingi devorining yuqori boʻlimi qovuq asosiga, pastki boʻlimi siydik chiqarish kanali (uretra) ga taqalib turadi; qinning yuqori qismiga oldingi tomondan siydik yoʻllari (ureterlar) ham yaqinlashib keladi (qovuqqa ochilish joyida).

Qinning orqadagi devori toʻgʻri ichakka taqalib turadi, ular oʻrtasidagi kamgakning pastki qismida oraliq toʻqimalari joylashadi. Ikki yon tomondan muskul tutamlari va kletchatka qinni chanoqdan ajratib turadi. Qin devori uch qavat: shilliq parda, muskul



4-rasm. Ayol chanoqʻidagi aʼzolar (sagittal sathdan kesilgan):

1—katta jinsiy lab; 2—kichik jinsiy lab; 3—qin ogʻzi; 4—qin; 5—qinning orqa gumbazi; 6—qinning oldingi gumbazi; 7—bachadon boʻyni; 8—bachadon tanasi; 9—qovuq; 10—simfiz; 11—toʻgʻri ichak; 12—dumgʻaza; 13—qovuq bilan bachadon oʻrtasidagi kamgak; 14—toʻgʻri ichak bilan bachadon oʻrtasidagi kamgak (Duglas boʻshligʻi).

qavati va o‘rab turuvchi kletchatka. Qin atrofidagi kletchatkadan qon va limfa tomirlari hamda nervlar o‘tadi.

Qin devori uch qatlamdan iborat: shilliq qavat, muskul qavat va qinni o‘rab turuvchi qo‘shuvchi to‘qimali pardali kletchatka (adventitsiya). O‘rab turuvchi kletchatka ostida qinning ***muskul qavati*** bor, u ikki qatlamdan: bo‘ylama (uzunasiga) ketgan tashqi qatlam va aylana yotgan (sirkulyar) ichki qatlamdan iborat. Ichki qatlamdagi muskullar tashqi qatlamga qaraganda ko‘proq rivojlangan, elastik tolalari ham ko‘p. Muskul qatlamiga ***qinning och pushti rangdagi shilliq pardasi*** taqalib turadi. Shilliq pardaning oldingi va opqa devorlarida uzunasiga ketgan ikkita milk (valik) bor, bular bir talay ko‘ndalang burmalar (*columnae rugarum*)dan iborat; qin devorlarining juda ham cho‘ziluvchanligi ana shu burmalarga bog‘liq. Bu tug‘ruq vaqtida katta rol o‘ynaydi. Tug‘ruq, ayniqsa, takror tug‘ishdan keyin bu burmalar sekin-asta yozilib, tekislanib ketadi; ko‘p tuqqan ayollarda qin shilliq pardasi silliq bo‘ladi. ***Qizlik pardasining burmalari*** qizlarda, ayniqsa, yaxshi seziladi, hatto tug‘magan ayollarda ham qarilik davrida jinsiy a‘zolarining sekin-asta atrofiyalanishi munosabati bilan burmalar tekislanib ketadi. Qin shilliq pardasi ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliyda glikogen to‘planadi. Glikogen hosil bo‘lishi tuxumdonning follikulyar gormoniga bog‘liq.

Mikroflora tavsifiga qarab qin tozaligi to‘rt darajaga bo‘linadi (5-rasm).

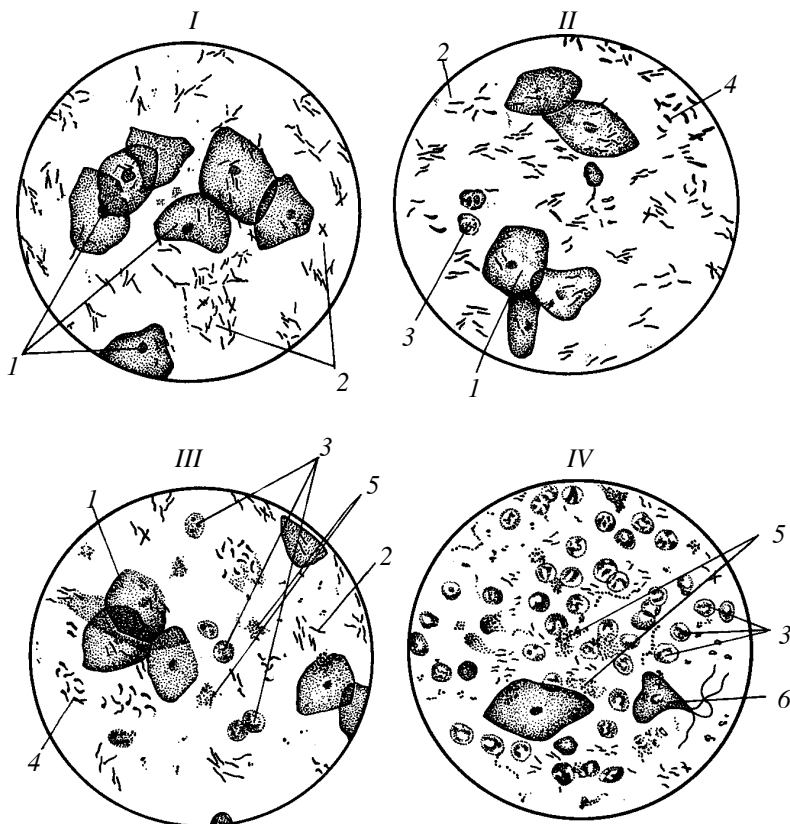
Tozalikning birinchi darajasi. Qin sekretida faqat qin batsillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiyasi kislotali.

Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin batsillalari kamroq yakkam-dukkan leykotsitlar va *comma variabile* tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayoqchalar), ko‘pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin batsillalari kam, bakteriyalarning boshqa turlari (ayniqsa, kokklar) ko‘proq, bir talay leykotsitlar topiladi. Reaksiyasi ozroq ishqoriy.

Tozalikning to‘rtinchi darajasi. Qin batsillalari yo‘q, patogen mikroblar (kokklar, *comma variabile*, trixomonadalar, zamburug‘lar va hokazo) bilan leykotsitlar juda ko‘p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to‘rtinchi darajalari, odatda, patologik jarayonlarda uchraydi, ya‘ni uchinchi darajasi qin va bachadonning



5-rasm. Qin suyuqligining tozalik darajasi.

Tozalikning I darajasi: 1—epiteliy hujayralari; 2—qin tayoqchalari. **Tozalikning II darajasi:** 1—epiteliy hujayralari; 2—qin tayoqchalari; 3—yakkam-dukkam leykotsitlar; 4—comma variabile. **Tozalikning III darajasi:** 2—qin tayoqchalari kamroq; 3—leykotsitlar; 4—comma variabile; 5—kokklar. **Tozalikning IV darajasi:** qin tayoqchalari yoʻqolgan; 3—leykotsitlar koʻp; 5—kokklar; 6—trichomonas vaginalis.

surunkali yalligʻlanish, toʻrtinchi darajasi oʻtkir yalligʻlanish kasalliklariga xos alomatlaridir.

Bachadon (*uterus s. gysterus*) — silliq muskulli kovak aʼzo boʻlib, shaklan oldindan orqaga qarab qisman yassilangan nokka oʻxshaydi.

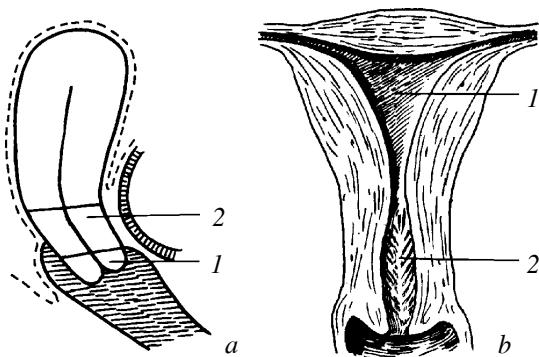
Bachadonning quyidagi boʻlimlari bor: 1) tanasi (*corpus*), 2) boʻgʻzi (*isthmus*) va 3) boʻyni (*cervix, collum*) (3-rasmga qaralsin).

Bachadonning yuqori qismi **tanasi** deb ataladi. Bachadon tanasining gumbaz shaklida koʻtariladigan, bachadon naylarining yopishish chizigʻidan yuqoriroqdagi qismi bachadon **tubi** (*fundus*) deb ataladi.

Bachadon **bo'g'zi** tanasi bilan bo'yni orasidagi qariyb 1 sm uzunlikdagi qismidir. Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'yni kanaliga qo'shilib ketadi. Bachadon bo'g'zi shilliq pardasining tuzilishi jihatidan bachadon tanasiga, devorining tuzilishi jihatidan bachadon bo'yniga o'xshaydi. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi tanasining pastki bo'limi bilan birgalikda bachadonning pastki segmentini hosil qiladi. Bachadonning oldingi devoriga qorin pardasi mahkam yopishadigan joy — pastki segmentning yuqori chegarasi, bachadon bo'yni kanalining ichki teshigi sathi bachadon pastki segmentning pastki chegarasi hisoblanadi.

Bachadon **bo'yni** — bachadonning qinga suqilgan pastki qisqa va toraygan qismi.

Bachadon bo'ynining quyidagi qismlari bor: a) qin qismi (*portio vaginalis*) qin bo'shlig'iga turtib chiqib turadi va b) qin ustidagi qismi (*portio supravaginalis*), qin devorlarining bachadon bo'yniga yopishadigan joyidan yuqoriroqda bo'ladi (6-rasm, a). Bachadon bo'yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon qisman torayib boradi (silindrik-konussimon shakli). Qiz bolalarda va voyaga yetgan ayollarning jinsiy a'zolari yetilmaganda bachadon bo'yni konus shaklida bo'ladi.



6-rasm. a—bachadon bo'ynining qismlari: 1—qindagi qismi; 2—qin ustidagi qismi.

b—bachadon naylari orqali uzunasiga kesilgani: 1—bachadon bo'shlig'i; 2—bachadon bo'ynining kanali.

Bachadon bo'ynining ichida shilliq parda bilan qoplangan tor kanal bor. Bachadon bo'ynining kanali duk shaklida: yuqori va pastki uchi o'rtasiga nisbatan picha tor (6-rasm, b). Bachadon bo'yni kanalining yuqori uchi — ichki teshigi bachadon bo'g'zining kanaliga o'tadi; **tashqi teshigi** bachadon bo'ynining qindagi qismi markaziga ochiladi. Tug'magan ayollarda bachadon

bo'yni kanalining tashqi teshigi yu-maloq yoki oval shaklda (7-rasm, a), tug'gan xotinalarda ko'ndalang yoriq shaklida (7-rasm, b). Tug'ruq vaqtida tashqi teshik yonlarining chaqalanishi natijasida shakli o'z-garadi.

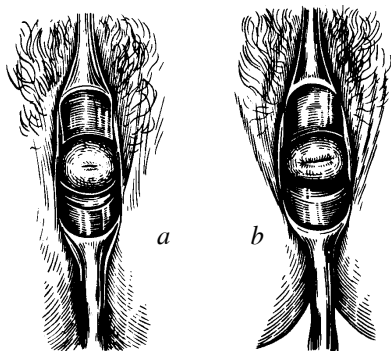
Bachadonning bo'yi tug'magan ayollarda 7–8 sm, tug'gan ayollarda 9 sm, bachadon tanasi uzunligi-ning $\frac{2}{3}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{3}$ qismi bo'yniga to'g'ri keladi. Bachadon-ning tubi sohasidagi eni 4–5,5 sm, devorlarining qalinligi 1–2 sm. Bo'-yida bo'lmagan sog'lom ayol bachadonining vazni 50 g dan 100 g gacha boradi.

Bachadon bo'shlig'i uchburchak shaklida, bu uchburchakning uchi bachadon bo'ynining kanaliga, asosi bachadon tubiga qa-ragan; pastki burchagi bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga, yuqoridagi ikkita burchagi bachadon naylarining bachadon to-mondagi uchlariga mos keladi (6-rasm, b). Bachadon devorlari uch qavat: a) shilliq parda, b) muskul qavati, d) seroz qavati (qorin pardasi)dan iborat.

Bachadonning shilliq pardasi (*endometrium*) bir qavatli silin-drik tukli epiteliy bilan qoplangan. Bu tuklar tebranganda suyuqlik bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigiga qarab yo'l oladi. Qoplovchi epiteliy ostida shilliq pardaning qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizi (bazal qatlam) joylashadi, unda qon va limfa tomirlari, nervlar va birtalay bezlar bor.

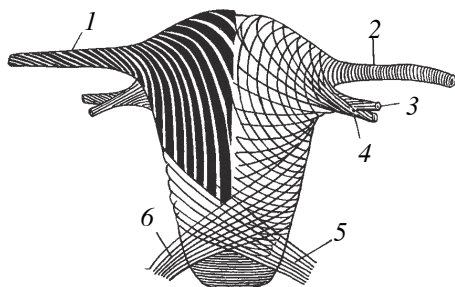
Bachadon tanasining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bu eliteliy suvday suyuq sekret chiqarib, bachadon shilliq parda-sini namlab turadi. Bezlarning shakli naysimon, uchlari ba'zan ayriga o'xshash ikkiga ajralgan.

Bachadon bo'ynining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bug'u shoxlariga o'xshash qayta-qayta tarmoqlangan. Bachadon bo'yni bezlarining sekretu suyuq tiniq shilimshiqdan iborat, bu shilimshiq bachadon bo'ynining kanali (servikal kanal)ni tiqin (probka) kabi yopib turadi. Bachadon tanasi shilliq pardasi silliq, servikal kanalda esa palma bargiga o'xshash burmalar (*plicae palma-*



7-rasm. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi: a—tug'magan ayolda; b—tug'gan ayolda.

tae) hosil qiladi. Bachadon tanasining shilliq pardasi bir-biridan picha chegaralangan ikki qavatga bo'linadi. Bachadon bo'shlig'iga qaragan yuza qavati hayz ko'rish sikli munosabati bilan ritmik o'zgarishlarga uchraydi. Bu qavat **funksional qavat** deb ataladi. Shilliq pardaning muskulli qavatga taqalib turgan qavati siklik o'zgarishlarga uchramaydi va **bazal qavat** deb ataladi.



8-rasm. Bachadonda muskul tutamlarining joylashuvi (sxema):
1—bachadon nayidagi muskullarning tashqi qavati; 2—bachadon nayidagi muskullarning ichki qavati; 3—bachadonning yumaloq boylami; 4—tuxumdonning o'z boylami; 5— va 6— dum'aza-bachadon boylamlari.

Muskul qavati (*myometrium*) — bachadonning eng qalin qavati. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib, bu tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor. Muskul qavati qon tomirlar bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Bu qavat uchta muskul qatlamiga bo'linadi: 1) tashqi (qorin parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan, 2) o'rta qatlami gir aylana va qiyshiq yotgan tolalardan iborat, 3) ichki (shilliq parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan

(8-rasm). Bachadon tanasida gir aylana yotgan muskul qatlami, bachadon bo'ynida esa uzunasiga yotgan muskul qatlami ko'proq rivojlangan. Bachadon muskullarining tashqi qatlami bachadon naylari bilan boylamlaridagi muskul elementlariga ulanib ketgan. Bachadon bo'ynida va bo'g'zida muskullar qatlami bachadon tanasidagiga nisbatan yuqoriroq, qo'shuvchi to'qima esa ko'proq. Bachadon bo'ynida elastik tolalar ko'p.

Bachadonning seroz (qorin parda) **qavati** (*perimetrium*) — bachadonning tashqi qavati. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so'ngra bachadon va naylarning oldingi yuzasiga o'tadi. Qovuq bilan bachadon o'rtasida qorin pardasi bilan qoplangan chuqurcha vujudga keladi, u qovuq bilan bachadon o'rtasidagi **kamgak** (*excavatio vesico-uterina*) deb ataladi. Bachadonning oldingi yuzasi qorin pardasi bilan to'liq qoplanmay, faqat bo'g'zidan yuqoriroqdagi qismi qoplangan (bachadon bo'yni bilan qovuq o'rtasidagi joyning pastida zichlashmagan kletchatka bor). Qorin pardasi bachadon tubidan uning orqadagi

yuzasi bo'ylab pastga tushar ekan, bachadon bo'ynining qin us-tidagi qismini va qinning orqadagi gumbazini qoplaydi, so'ngra to'g'ri ichakning oldingi yuzasiga o'tadi. Bachadonning orqadagi yuzasi bilan to'g'ri ichak orasida chuqur kamgak vujudga keladi, u to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (*excavatio rectouterina*) **Duglas bo'shlig'i** deb ataladi.

Bachadon hayz ko'rish, homilani bag'riga olib rivojlantirish va yetilgan homilani tug'ruq yo'llari orqali haydab chiqarish (tug'ruq) funksiyalarini bajaradi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonining shilliq pardasida to'g'ri tartib bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y berib, homiladorlik uchun qulay sharoit tug'diradi. Homiladorlik davrida bachadon homilani saqlab turadi: urug'langan tuxumhujayra bachadonga payvandlanib, qorindagi homila taraqqiy etadi. Homila yetilib, ona qornidan tashqarida yashashga qodir bo'lgach, bachadon homilani tashqariga haydaydi, bolaning tug'ilishiga yordam beradi.

Bachadon naylari (*tubae uterinae, salpinges*)ni tuxum yo'llari deb ham atashadi.

Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradi-da, voronka (*ampulla tubae*) shaklida tugaydi (3-rasm). Bachadon naylarining bo'yi 10–12 sm, eni har xil, bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq bo'ladi. Bachadon naylariniig bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga tutash; bachadon nayining shu joydagi interstitsial qismidagi teshigi diametri 0,5–1 mm bo'lib, istmik qismida bachadon naylarining bo'shlig'i kengroq, voronkalar sohasida esa naylarning diametri 6–8 mm ga yetadi. Nay voronkasi qorin bo'shlig'iga ochiladi. Voronkaning erkin chekkasi shokila (fimbriya)lar deyiladi. Bu shokilalar tuxumdondan chiqqan tuxumhujayraning bachadon nayi bo'shlig'iga kirishiga yordam beradi.

Bachadon nayi quyidagi qismlarga bo'linadi: 1) interstitsial qismi (*pars intersitialis*) — bachadon devorining bag'ridan o'tadigan qismi; 2) bo'g'iz yoki istmus qismi (*pars isthmica*) — bachadon nayining o'rtadagi bo'limi; 3) ampulyar qismi (*pars ampullaris*) — bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi (3-rasm).

Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavati va seroz qavat (qorin pardasi) lardan iborat.

Shilliq parda bachadon nayining ichki yuzasida uzunasiga ketgan burmalarni hosil qiladi. Bachadon nayining ampulyar qismiga borgan sayin bu burmalar ko‘payadi va kattalashadi. Shilliq parda bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan. Bu epiteliy tuklari bachadon tomonga tebranib turadi, bachadon naylariga tushgan tuxumhujayrani bachadon bo‘shlig‘iga borib tushishini ta‘minlaydi.

Muskul qavati uch qatlamli silliq muskullardan iborat. Tashqi qatlam uzunasiga ketgan, o‘rta qatlam — gir aylana yotgan, ichki (shilliq parda ostidagi) qatlam ham uzunasiga ketgan.

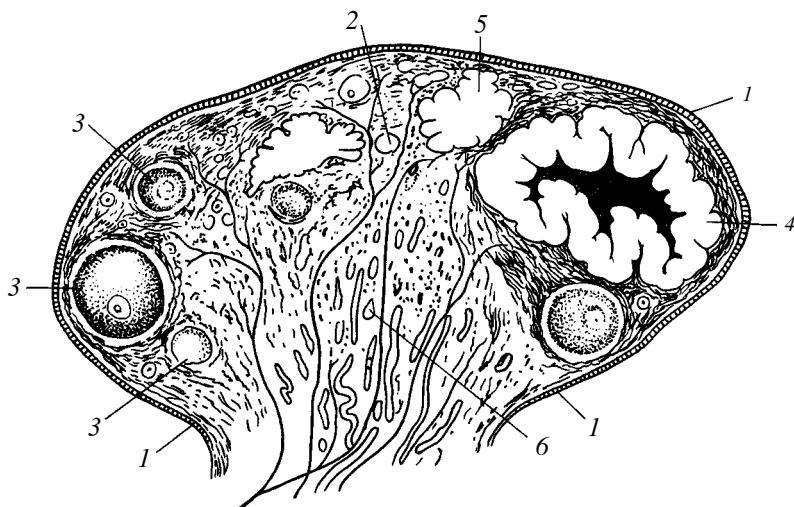
Bachadon nayining seroz pardasi serbar boylamning eng yuqori bo‘limidir; qorin pardasi bachadon nayini yuqoridan va ikki yonidan qoplaydi, bu pardaning pastki bo‘limiga kletchatka taqalib turadi, tomirlar va nervlar shu kletchatka orqali bachadon nayiga o‘tadi.

Ilk bolalik davrida bachadon naylari tor va qing‘ir-qiyshiq bo‘lib, qiz o‘sgan sayin yozila boradi va bo‘shlig‘i kengayadi. Bachadon naylarining torligi va qing‘ir-qiyshiqligi ba‘zan balog‘atga yetish davrigacha qolishi mumkin (infantil naylar). Bachadon naylarining bunday tuzilishi urug‘langan tuxumhujayraning bachadonga siljib borishiga imkon bermay, tuxumhujayraning nayga yopishib qolishiga (bachadondan tashqaridagi homiladorlikka) sabab bo‘lishi mumkin.

Tuxumdonlar (*ovaria*) — ayollar jinsiy tizimining asosiy a‘zosi. Tuxumdonlar bodom shaklida bo‘lib, bo‘yi 3,5–4 sm, eni 2–2,5 sm, qalinligi 1–1,5 sm, vazni 6–8 g bir juft jinsiy bezlardir. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda qo‘shimcha to‘qimalar taraqqiy etadi.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag‘iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo‘lib, kichik chanoqning qorin bo‘shlig‘iga bemalol chiqib turadi. Tuxumdonni: 1) bachadonning serbar boylami, 2) tuxumdonning o‘z boylami, 3) voronka-chanoq boylamlari erkin osilgan holatda ushlab turadi. Tuxumdonga qon tomirlar va nervlar, uning serbar boylamning orqa varag‘iga tutashgan joyidan o‘tadi (tuxumdon darvozasi — *hilus ovarii*).

Tuxumdon quyidagicha tuzilgan: *a*) tuxumdonning bo‘sh yuzasini qoplaydigan epiteliy — oqsil pardasi, *b*) po‘stloq qavati, *d*) mag‘iz qavati (9-rasm).



9-rasm. Tuxumdonning kesilgan holatdagi ko‘rinishi (sxema):
 1—embrional epiteliy; 2—po‘stloq qavati; 3—rivojlanishning turli bosqichlaridagi follikulalar; 4—sariq tana; 5—sariq tana qoldig‘i; 6—mag‘iz (miya) qavati.

Tuxumdon epiteliysi («embrional epiteliy») homilaning ona qornida rivojlanish va go‘daklik davrida birlamchi follikulalarning hosil bo‘lishida qatnashadi, keyinchalik faoliyat ko‘rsatmaydi.

Oqsil pardasi epiteliy ostida joylashadi, qo‘shuvchi to‘qimadan tarkib topadi, bu to‘qimaning tolalari tuxumdon yuzasiga parallel holda yotadi.

Tuxumdonning po‘stloq qavati oqsil pardasiga taqalib turadi. Po‘stloq qavatining qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan negizida ko‘pgina birlamchi follikulalar, shuningdek taraqqiyotning turli bosqichlaridagi follikulalar, sariq tanalar va uning qoldiqlari bor.

Tuxumdonning mag‘iz qavati qo‘shuvchi to‘qima stromasidan iborat, undan bir talay tomirlar va nervlar o‘tadi.

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarni o‘taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxumhujayralar yetiladi, bu — ritmik ravishda takrorlanadigan jarayondir. Tuxumdon dan ishlanib chiqadigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy a‘zolariga ta‘sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarning taraqqiy etishiga imkon beradi. Ayniqsa, gavda tuzilishi, modda almashinuvi xususiyatlari, sut bezlarining va jinsiy a‘zolarining taraqqiy etishi, soch (jun)ning o‘sishi va hokazolar shu jumladandir. Balog‘atga yetish davrida jinsiy a‘zolar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi

jinsiy a'zolar) tuxumdon gormonlarining ta'sirida rivojlanadi. Qiz balog'atga yetgach bu gormonlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

Tuxumdon gormonlari follikulalar va sariq tanachalarda ishlab chiqariladi. Follikulalar follikulyar yoki estrogen gormonlarni, sariq tana esa progesteron ishlab chiqaradi.

BACHADON VA TUXUMDONLARNING BOYLAM APPARATI

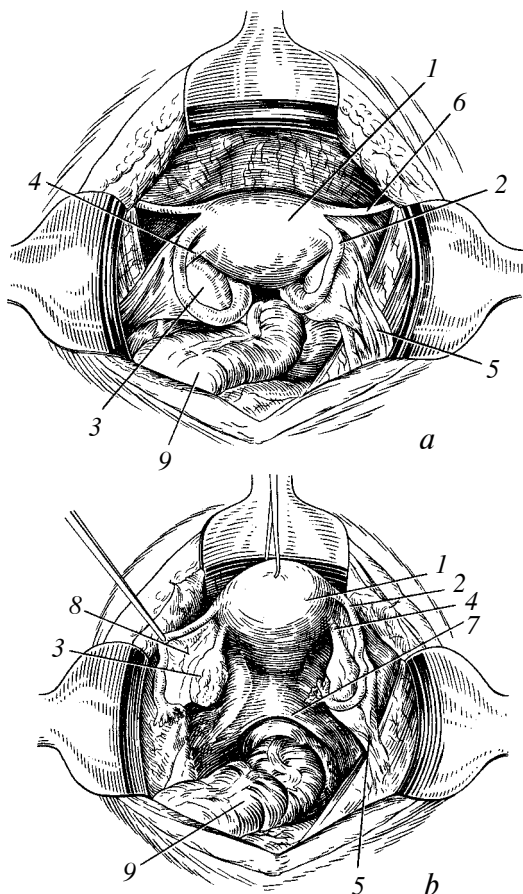
Bachadon, uning naylari va tuxumdonlar, asosan, boylam apparati va chanoq tubining muskullari yordami bilan normal o'rnida turadi. Bachadon, uning naylari va tuxumdonlarni osib turuvchi apparat (boylamlar), mustahkamlovchi apparat (bachadonni ushlab turuvchi boylamlar), tayanch yoki suyab turuvchi apparat (chanoq tubi) normal o'rnidan siljitmay saqlab turadi.

Ichki jinsiy a'zolarining *osib turuvchi apparatiga* quyidagi boylamlar kiradi:

1. Yumaloq boylamlar (*lig. rotundum s. teres uteri*) — silliq muskullardan va qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, 10—12 sm uzunlikdagi kanopga o'xshaydi. Yumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan (bachadon naylari chiqqan joyning picha oldinrog'i va pastrog'idan) boshlanib, serbar boylamning oldingi varag'i ostidan chov kanallarining ichki teshiklariga boradi. Chov kanallaridan o'tgach yelpig'ichga o'xshash yoyilib, qov va katta jinsiy lablar kletchatkasiga yopishadi. Yumaloq boylamlar bachadon tubini oldinga tortib (oldinga engashtirib) turadi; homiladorlik davrida yumaloq boylamlar yo'g'on tortadi va uzayadi (10-rasm, *a*).

2. Serbar boylamlar (*lig. latum*) — qorin pardasining qo'shaloq varaqlari bo'lib, bachadonning yon bo'limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi. Serbar boylamlarning yuqori bo'limlaridan naylar o'tadi, ularning orqa varaqlariga tuxumdonlar kirib turadi. Serbar boylamlarning varaqlari orasida kletchatka, tomirlar va nervlar bor (10-rasm, *b*).

3. Dumg'aza-bachadon boylamlari (*lig. sacro-uterinum*) bachadonning opqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo'yni oralig'ida boshlanib, orqaga ketadi va to'g'ri ichakni ikki tomondan o'rab, dumg'azaning oldingi yuzasiga yopishadi (10-rasm, *b*). Bu boylamlar bachadon bo'ynini orqaga tortib turadi. Tug'ruq vaqtida



10-rasm. Jinsiy a'zolarning boylam apparati:

a—yuqoridan ko'rinishi va b—orqadan ko'rinishi; 1—bachadon; 2—bachadon nayi; 3—tuxumdon; 4—tuxumdonning o'z boylami; 5—voronka-chanoq boylami; 6—bachadonning yumaloq boylami; 7—dumg'aza-bachadon boylami; 8—bachadonning serbar boylami; 9—to'g'ri ichak.

yumaloq boylamlar va dumg'aza-bachadon boylamlari bachadonning o'z o'rnida turishiga yordam beradi.

4. Tuxumdonlarning o'z boylamlari (*lig. ovarii proprium*) bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarog'i va pastrog'idan) boshlanib, tuxumdonlarga borib (10-rasm, a va b) ulanadi.

Bachadonning **mustahkamlovchi apparati** qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan, silliq muskul tolalari aralashgan tortmalardan iborat; bular bachadonning pastki bo'limidan: a) oldingi tomon-

ga, qovuqqa va so'ngra simfizga, b) chanoqning yon devorlariga boradi — asosiy boylamlar (*lig. cardinale*), d) orqaga borib, dumg'aza-bachadon boylamlarning qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizini tashkil etadi.

Tayanach yoki **suyab turuvchi apparat** chanoq tubining muskullari va fassiyalaridan tarkib topgan.

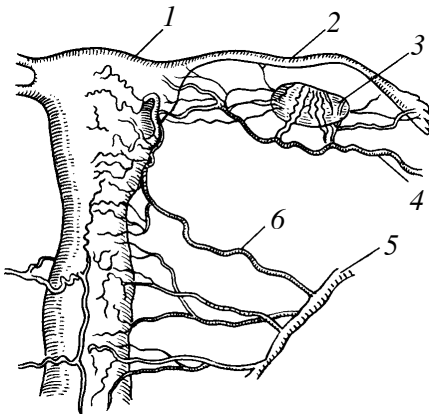
Ichki jinsiy a'zolarning o'z o'rnida turishida chanoq tubining ahamiyati juda katta. Qorin ichidagi bosim ortganda (ayol kuchanganda, yuk ko'targanda, yo'talganda va hokazo) bachadon bo'yni chanoq tubiga tirgakka suyangandek tayanadi; chanoq tubining muskullari jinsiy a'zolar va ichki a'zolarning pastga tushishiga yo'l bermaydi.

JINSIY A'ZOLARNING QON TOMIRLAR TIZIMI

Tashqi jinsiy a'zolar, asosan, uyatlik arteriyasidan qon bilan ta'minlanadi.

Uyatlik arteriyasi (*a. pudenda*) ichki yonbosh arteriyasidan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq bo'shlig'idan chiqib, tashqi jinsiy a'zolariga, oraliqqa, qinga va to'g'ri ichakka tarmoqlanadi.

A. spermatica externa yumaloq boylam bilan birga chov kanalidan chiqib, katta jinsiy lablar va qovni qon bilan ta'minlashda qatnashadi.



11-rasm. Jinsiy a'zolarning qon bilan ta'minlanishi: 1—bachadon; 2—bachadon nayi; 3—tuxumdon; 4—tuxumdon arteriyasi; 5—qorin pasti arteriyasi; 6—bachadon arteriyasi.

Ichki jinsiy a'zolar, asosan, bachadon va tuxumdon arteriyalaridan qon oladi (11-rasm).

Bachadon arteriyasi (*a. uterina*) bir juft tomir bo'lib, qorin pasti arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yo'l-yo'lakay siydik yo'li (ureter) bilan kesishadi, bachadonga yon yuzasiga ichki bo'g'iz ro'parasida yaqinlashadi. Bu joyda bachadon arteriyasidan anchagina yirik tarmoq chiqadi. Bachadon bo'ynini va qinning yuqori bo'limini

qon bilan ta'minlaydigan bu tarmoq bo'yin-qin tarmog'i (*ramus cervico-vaginalis*) deb ataladi.

Bachadon arteriyasiniig asosiy stvoli (*ramus ascendens*) bachadonning yon bo'limlari bo'ylab burala-burala yuqoriga ko'tariladi, yo'l-yo'lakay bachadon devorlariga ko'pgina shoxchalar beradi va bachadon tubiga yetib, bachadon nayiga boruvchi shoxchani chiqaradi. Bachadon arteriyasining oxirgi tarmoqlari so'ngra serbar boylamning yuqori bo'limidan o'tuvchi tuxumdon arteriyasi shoxchalariga qo'shiladi.

Bachadon arteriyasining asosiy ko'tariluvchi stvolidan boshlangan **arterial tarmoqlar** ingichka qon tomirlarining qalin to'rini hosil qiladi, bular esa bachadonning muskul qavatini, shilliq va seroz pardalarni qon bilan mo'l-ko'l ta'minlaydi.

Tuxumdon arteriyasi (*a. ovarica*) bir juft tomir bo'lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning birmuncha pastrog'idan) boshlanadi, siydik yo'li (ureter) bilan birgalikda pastga tushadi, voronka-chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo'limiga o'tadi-da, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar beradi; tuxumdon arteriyasiniig oxirgi tarmog'i bachadon arteriyasining oxirgi qismlari bilan anastomoz hosil qiladi. Qinning qon bilan ta'minlanishida, bachadon va uyatlik arteriyasidan tashqari, qovuq va gemorroidal arteriyalarning tarmoqlari ham qatnashadi.

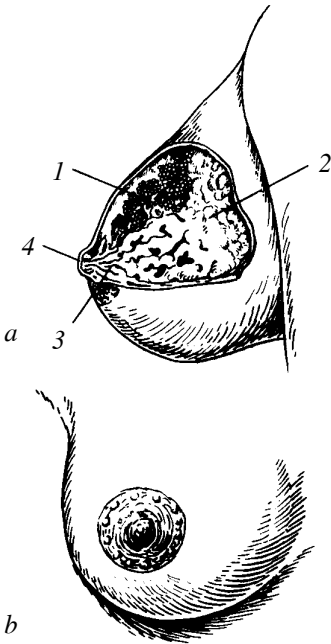
Jinsiy a'zolarning arteriyalariga shu nomli venalar yo'ldosh bo'ladi, har bir arteriya yonida odatda ikki vena yotadi. Ichki jinsiy a'zolarning venalari chigallar hosil qiladi (bachadon-tuxumdon, qovuq chigallari va hokazo).

SUT BEZLARI

Sut bezlari (*mammae*) shingilga o'xshash tuzilgan (12-rasm, *a*). Sut bezining parenximasi birtalay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (*ductus lactiferus*)ning atrofida joylashadi va shu yo'lning kanaliga tutashadi. Bez to'qimasiniig bunday o'choqlari birga qo'shilib, yirik pallachalarni hosil qiladi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.

Bez pallalari o'rtasidagi tolali qo'shuvchi to'qimada elastik tollalar va yog' bor.

Sut bezidagi pallalar soni 15—20 taga yetadi, har bir pallaning sut chiqarish yo'li bor, alveolalar bilan bog'langan hamma



12-rasm. Sut bezi:

a—sut bezining tuzilish sxemasi: 1—sut bezining bo'laklari; 2—yog' to'qimasi; 3—sut yo'llari; 4—ko'krak uchi; b—ko'krak uchi va uning atrofidagi qoramtir doiracha (areola).

teriga yaqin yotuvchi muskul tolalari va nerv retseptorlari bor.

Qiz balog'atga yetayotgan davrda sut bezining parenximasi zo'r berib rivojlana boshlaydi; tuxumdonning follikulyar gormoni sut yo'llarining taraqqiy etishiga, sariq tana gormoni esa alveolalarning taraqqiy etishiga ta'sir ko'rsatadi. Qiz bola balog'atga yetgach sut bezi to'la rivojlanadi. Keksaygan ayollarda sut bezining parenximasi sekin-asta atrofiyalanadi.

Sut bezi tegishli arteriya (*a. mammaria*)dan va qo'ltiq arteriyasining shoxchalaridan qon oladi. Limfa tomirlari qo'ltiq limfa turgunlariga boradi.

Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tug'ruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

Sut gipofizning oldingi bo'lagidan ajraladigan laktogen gormonining ta'sirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa marka-

mayda yo'llarning sekretini sut chiqarish yo'liga quyiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo'li emchak uchiga alohida-alohida (boshqa yo'llarga qo'shilmadan) ochiladi; emchak uchida palla yo'llarining soniga yarasha 15–20 teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo'li emchak uchiga chiqishdan oldin emchak uchi tagida kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qabariq yuzasida emchak uchi (*papilla mammae*) bor (12-rasm, *b*), u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan. Emchak uchi silindr yoki konus shaklida bo'lib, kattaligi har xil. Emchak uchi ba'zan yassi hatto ichiga tortilgan bo'ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi. Emchak ichi atrofidagi teri pigmentlangan (emchak uchi atrofidagi doiracha, areola); rudimentar sut bezlari hisoblanadigan Montgomeri bezlari shu yerda joylashgan. Emchak uchi va uning atrofidagi to'garakchada

ziy nerv tizimi idora etadi. Bola emizilganda sut bezining nerv elementlari ta'sirlanib, markaziy nerv tizimiga tegishli impulslar boradi. Nerv tizimida ro'y beruvchi o'zgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormon ko'proq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funksiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.

HAYZ KO'RISH SIKLI

Balog'atga yetgan, ammo bo'yida bo'lmagan ayol organizmida to'g'ri, navbat bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Biologik nuqtayi nazaridan muhim rol o'ynaydigan, ritmik ravishda takrorlanadigan bu o'zgarishlar **hayz ko'rish sikli** deb ataladi.

Hayz ko'rish siklining davom etish muddati har xil bo'ladi. Aksariyat ayollarda sikl 28 kun (4 hafta) davom etadi, ba'zi bir ayollarda 21 kun (3 haftacha), ba'zilarida aksincha 30–35 kungacha davom etishi mumkin. Davomiyligi qanday bo'lishidan qat'i nazar har safar ritmik ravishda bir vaqtda keladigan hayz sikli fiziologik hisoblanadi.

Umumiy organizmdagi davriy o'zgarishlar. Tuxumdonlar bilan bachadondagi siklik o'zgarishlar markaziy nerv tizimiga ta'sir ko'rsatadi. Bu ta'sir refleks (nerv) yo'li bilanagina kifoyalanmaydi. Nerv tizimining funksiyasiga tuxumdon gormonlari ham ta'sir etadi. Hayz ko'rish siklining turli fazalarida tuxumdon gormonlarining qondagi miqdori o'zgarib turadi.

Nerv tizimining faoliyatidagi davriy o'zgarishlarga yarasha ko'p ayollar hayz ko'rishdan oldin tez asabiylashadigan, tez charchaydigan va uyquchan bo'lib qoladilar, hayz tugagach, o'zlarini tetik his qilib, kuchlariga kuch qo'shilgandek sezadilar. Hayz ko'rishdan oldin pay reflekslari ham kuchayadi, terlash va boshqa hodisalar kuzatiladi, bu o'zgarishlar hayz ko'rishdan keyin yo'qolib ketadi.

Hayz ko'rish vaqtida bosh miya po'stlog'idagi qo'zg'alistish va tormozlanish jarayonlari tez almashinadi, bu almashinish pirovardida tormozlanish jarayonining kengroq tarqalishi bilan tugaydi. Normal hayz ko'rish siklida nerv tizimidagi o'zgarishlar fiziologik doirada bo'lib, ayolning mehnat qobiliyatini pasaytirmaydi. Bosh miya po'stlog'ining zo'r berib ishlashini talab qiladigan murakkab mehnat jarayonlarini ayollar hayz ko'rish vaqtida muvaffaqiyatli ravishda ado etaveradilar.

Hayz ko'rish siklida gipofizning oldingi bo'lagi, ayniqsa, muhim rol o'ynaydi. Gipofizning oldingi bo'lagida bir qancha gormonlar, shu jumladan tuxumdonlar funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar hosil bo'ladi. Gipofiz oldingi bo'lagining gormonlari tuxumdon funksiyalarini kuchaytirgani uchun gonadotrop gormonlar (gonadotropinlar) deb ataladi.

Gipofizda tuxumdonga ta'sir etadigan uchta gormon ishlanib chiqadi: 1) follikulani qo'zg'atuvchi gormon, tuxumdondagi follikulaning o'sishi va yetilishini, shuningdek, follikulyar (estrogen) gormon hosil bo'lishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (FSG), 2) tuxumdonda sariq tananing rivojlanishi va yetilishini kuchaytiradigan lyuteinlovchi gormon (LG), 3) sariq tana gormoni – progesteron hosil bo'lishini kuchaytiradigan lyuteotrop gormon (LTG). Lyuteinlovchi gormon sariq tanadan gormon ishlanib chiqishini kuchaytiradi deb taxmin qilinadi. Gonadotrop gormonlar jinsiy sistema funksiyalarini idora etib turadigan miyaning gipotalamus qismida hosil bo'luvchi relizing-faktorlar ta'siri ostida ishlanib chiqadi.

Hayz siklining birinchi yarmida, asosan, follikulalarni stimullovchi gormon (FSG), ikkinchi yarmida esa lyuteinlovchi gormon (LG) va lyuteotrop gormonlar (LTG) ishlab chiqariladi.

Tuxumdon sikli. Gipofizda ishlab chiqiladigan gonadotrop gormonlar ta'sirida tuxumdonda davriy takrorlanuvchi o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar uch fazaga bo'linadi: a) follikulaning yetilishi – follikulyar faza, b) yetilgan follikulaning yorilishi – ovulatsiya fazasi, d) sariq tananing rivojlanishi – lyutein fazasi.

Follikulaning yetilish jarayoni hayz ko'rish siklining birinchi yarmi, ya'ni 28 kunlik siklda 14 kunni, 21 kunlik siklda 10–11 kunni tashkil etadi.

Follikulaning yetilish jarayonida uning tarkibidagi hamma bo'laklar: tuxumhujayra, donador parda, qo'shuvchi to'qima pardasi katta o'zgarishlarga uchraydi.

Tuxumhujayra 5–6 baravar kattalashadi, uning yuzasida shishasimon parda (*zona pellucida*) hosil bo'ladi, protoplazmasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxumhujayra ikki karra bo'lingandan keyin uzil-kesil yetiladi. Yetilish davridagi birinchi bo'linishda katta-kichik ikki hujayra vujudga keladi. Asosiy, katta hujayra o'z o'rnida qoladi (kichkinasi ulotqirib tashlanadi) va hademay ikkinchi marta bo'linadi, ayni vaqtda tuxumhujayradan xro-

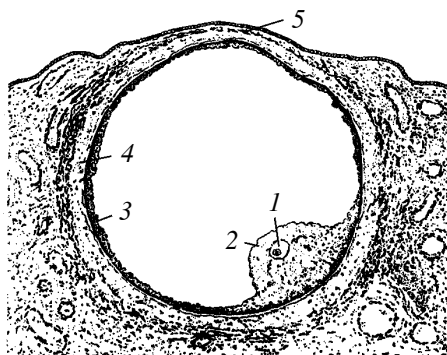
mosomalarning yarmi uloqtirib yuboriladi. Reduksion bo‘linish deb ataladigan ikkinchi bo‘linishdan keyin tuxumhujayra yetilib, urug‘lanishga yaroqli bo‘ladi.

Follikulyar epiteliy (donador parda) yetilish jarayonida proliferatsiyalanadi (hujayralar ko‘payadi), bir qavatli epiteliydan ko‘p qavatli epiteliyga aylanadi, follikulaning donador pardasi (*membrana granulosa folliculi*) hosil bo‘ladi. Donador pardaning hujayralari dastlab tuxumhujayra bilan qo‘shuvchi to‘qima pardasi o‘rtasidagi jami kamgakni to‘ldiradi. So‘ngra hujayralar to‘plamining markazida suyuqlik bilan to‘la bo‘shliqlar hosil bo‘ladi; bora-bora bo‘shliqlar qo‘shilib bitta bo‘ladi, bu yagona bo‘shliq follikulyar suyuqlik (*liquor folliculi*) degan tiniq suyuqlik bilan to‘ladi.

Follikulyar suyuqlik to‘plan-gan sayin donador parda hujayralari tuxumhujayraga va follikula devoriga surilaveradi. Donador pardaning tuxumhujayrani o‘rab turgan hujayralari nurafshon toj (*corona radiata*) deb ataladi. Nurafshon toj bilan o‘ralgan tuxumhujayra donador pardaning devori yoqalab yotgan hujayralar to‘plami ustida turadi. Bu hujayralar to‘plami tuxumli do‘mboqcha (*cumulus ovigerus*) deb ataladi (13-rasm). Yetilgan tuxumhujayra follikulaning yetilish paytigacha tuxumli do‘mboqchadan uzoqlashib, follikulyar suyuqlik ichida turadi.

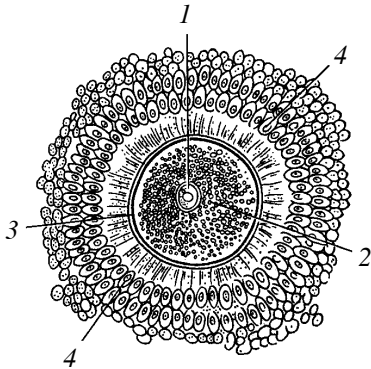
Follikulada estrogen (follikulyar) gormoni hosil bo‘ladi. Bu gormon organizmga har tomonlama murakkab ta‘sir ko‘rsatadi.

Follikula yetilgan sayin uning qo‘shuvchi to‘qima pardasi taraqqiy etadi. Bitta qo‘shuvchi to‘qima pardasi o‘rniga ikkita parda hosil bo‘ladi: ichki parda (*theca interna*) hujayra elementlariga va kapillarlarga boy tashqi parda (*theca externa*) tolali bo‘lib, yirikroq tomirlari bor. Yetilayotgan follikula kattalashadi, qutbi tuxumdon yuzasi ustida do‘ppayib chiqa boshlaydi. Tuxumdon to‘qimasining shu joyi yupqa tortadi.



13-rasm. Yetilgan follikula:

1—tuxumhujayra; 2—tuxumli do‘mboqcha; 3—follikulaning donador pardasi; 4—5—tuxumdonning follikula yoriladigan joydagi yupqa tortgan to‘qimalari.



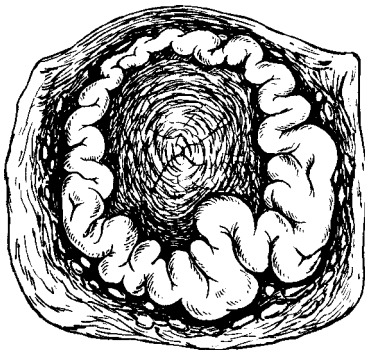
14-rasm. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxumhujayra:
1—yadro; 2—protoplazma; 3—tiniq parda; 4—nurafshon toj.

Bu vaqt bo'yida bo'lish uchun eng qulay hisoblanadi.

Sariq tananing rivojlanish davri (lyutein fazasi). Yorilgan follikula o'rnida yangi, juda muhim ichki sekretiya bezi — sariq tana (*corpus luteum*) hosil bo'ladi, undan progesteron³ gormoni ishlanib chiqadi. Sariq tana 28 kunlik siklda 14 kun (21 kunlik siklda — kamroq) taraqqiy etadi, bu jarayon hayz ko'rish siklining ikkinchi yarmini — ovulatsiyadan navbatdagi hayz ko'rishgacha o'tadigan vaqtni egallaydi.

Yorilgan follikula o'rnida sariq tana taraqqiy etadi.

Sariq tana eng ko'p rivojlangan fazasida (15-rasm) o'rmon



15-rasm. Sariq tana (rivojlanayotgan bosqichi).

Ovulatsiya fazasi. Yetilgan follikulaning yorilishi va uning bo'shlig'idan yetilgan, urug'lanishga yaroqli tuxumhujayraning chiqishi ovulatsiya deb ataladi (14-rasm). Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxumhujayra follikulyar suyuqliq bilan birgalikda qorin bo'shlig'iga tushadi, keyinchalik esa bachadon naylarining shokilalari harakati yordamida bachadon nayiga kiradi.

Ovulatsiya 28 kunlik siklda hayz ko'rish siklining birinchi kunidan hisob qilganda 14—15-kuni (21 kunlik siklda — 10—11-kuni) ro'y beradi.

yong'og'iday katta bo'lib, bir qutbi tuxumdon yuzasi ustidan do'ppayib turadi. Follikuladan chiqqan tuxumhujayra urug'lansa, homiladorlikning dastlabki oylari mobaynida sariq tana o'sib, yashnab boradi va ishlab turadi. Bu **homiladorlikning sariq tanasi** (*corpus luteum graviditatis*) deb ataladi. Ayolning bo'yida bo'lmasa, hayz ko'rish siklining 28-kunidan (uch haftalik siklda 21-kunidan) sariq tana so'na boshlaydi. Ayni vaqtda, lyutein hujayralar nobud bo'ladi, tomirlar

³ «Gestatio» — urug'-avlodni davom ettirish so'zidan kelib chiqqan; progesteron — organizmni homiladorlikka, urug'-avlodni davom ettirishga tayyorlaydigan gormon.

puchayib qoladi va qo‘shuvchi to‘qima o‘sib qotadi; natijada sariq tana o‘rni yamoq bo‘lib qoladi, bu yamoq keyinchalik yo‘qolib ketadi. Har bir hayz ko‘rish siklida sariq tana hosil bo‘ladi, bordi-yu, ayolning bo‘yida bo‘lmasa, bu sariq tana **hayz ko‘rishning sariq tanasi** (*corpus luteum menstrationis*) deb ataladi.

Sariq tana gormoni organizmga har tomonlama ta‘sir ko‘rsatadi.

Sariq tana so‘na boshlagan paytdan boshlab progesteron ishlab chiqilmaydi. Tuxumdonda yangi follikula yetiladi, yana ovulatsiya ro‘y berib, sariq tana hosil bo‘ladi.

Bachadon sikli. Follikulada va sariq tanada hosil bo‘ladigan tuxumdon gormonlari ta‘sirida bachadon tonusi, qo‘zg‘aluvchanligi va qon bilan ta‘minlanishi siklik ravishda o‘zgaradi. Ammo endometriyning funksional qavati eng muhim siklik o‘zgarishlarga uchraydi. Bu siklik o‘zgarishlarning mohiyati shundan iboratki, proliferatsiya jarayoni navbat bilan takrorlanadi, endometriyning funksional qavati shundan keyin sifat jihatidan o‘zgarib, ko‘chib tushadi va o‘rniga yangisi hosil bo‘ladi.

Tuxumdon sikli kabi, bachadon sikli ham 28 kun (ba‘zan 21 yoki 30—35 kun) davom etadi. Bachadon sikli quyidagi fazalarga bo‘linadi: a) deskvamatsiya, b) regeneratsiya, d) proliferatsiya va e) sekretsia fazalari.

a) *Deskvamatsiya fazasida* hayz qoni keladi, odatda 3—5 kun qon ketadi; hayz ko‘rish aslida shuning o‘zidan iborat. Bu fazada bachadon shilliq pardasining funksional qavati parchalanib ko‘chadi, bachadon bezlarining sekreti va yorilgan tomirlardan chiqqan qon bilan aralashib tashqariga chiqadi. Endometriyning deskvamatsiya fazasi tuxumdonda sariq tananing nobud bo‘la boshlashi bilan bir vaqtga to‘g‘ri keladi.

b) *Shilliq pardaning regeneratsiya* (tiklanish) fazasi deskvamatsiya fazasidayoq boshlanib, hayz ko‘rish boshlangach 5—6-kunga borib tugaydi. Bazal qavatdagi bez qoldiqlari epiteliysining o‘sishi va o‘sha qavatdagi boshqa elementlar (stroma, tomirlar, nervlar) proliferatsiyasi hisobiga shilliq pardaning funksional qavati tiklanadi (regeneratsiya).

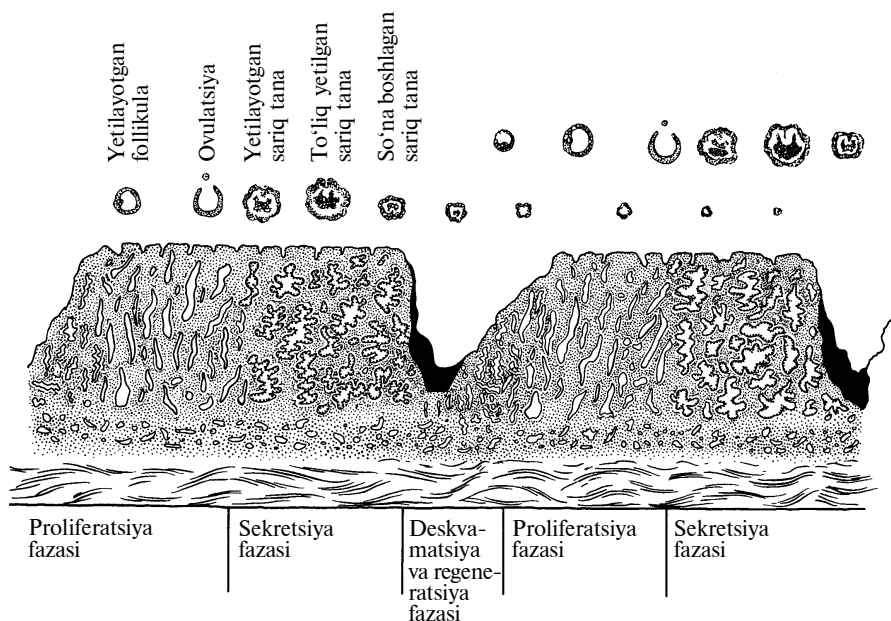
d) *Endometriyning proliferatsiya fazasi* tuxumdonda follikulaning yetilishi bilan bir vaqtga to‘g‘ri keladi va siklning 14-kunigacha (21 kunlik siklda 10—11-kunigacha) davom etadi. Estrogen (follikulyar) gormonlar ta‘sirida shilliq parda stromasi va bezlari o‘sadi (proli-

feratsiya). Bezlar bo'yiga cho'ziladi, so'ngra pixga o'xshash buralib-buralib qoladi, ammo sekret chiqarmaydi. Bu davrda bachadon shilliq pardasi 4—5 baravar qalin tortadi.

e) *Sekreksiya fazasi* tuxumdonda sariq tana taraqqiy etishi va yashashi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi, siklning 14—15-kunidan 28-kunigacha (ya'ni oxirigacha) davom etadi.

Shundan keyin butun organizm, tuxumdon va bachadonda siklik o'zgarishlar yangidan boshlanadi (16-rasm). Yana tuxumdonda follikula yetiladi, ovulatsiya ro'y beradi va sariq tana taraqqiy etadi, bachadon shilliq pardasida tegishli o'zgarishlar ro'y beradi. Bachadon bo'ynida, qinda va jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida siklik o'zgarishlar kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdonlar bilan endometriydagi o'zgarishlarga nisbatan kamroq seziladi.

Yuqorida aytilgan siklik o'zgarishlar ayolning yetuklik (balog'at) davrida navbat bilan takrorlanib turadi. Homiladorlik va emizish kabi fiziologik jarayonlar munosabati bilan siklik o'zgarishlar to'xtaydi. Patologik sharoitda (og'ir kasalliklar, ruhiy kechinmalar, sifatsiz ovqatlanish va shunga o'xshashlar ta'sirida) ham hayz ko'rish sikllari buziladi.



16-rasm. Tuxumdonlar va endometriydagi siklik o'zgarishlar sxemasi.

HAYZ KO'RISH DAVRI GIGIYENASI

Normal hayz ko'rish 3—5 kun davom etadi, ammo 7 kundan oshmaydi. Har bir hayz ko'rishda 50—150 ml qon ketadi.

Hayz qoniga bachadon bezlarining sekreti va endometriy funksional qavatining parchalangan zarralari aralashadi.

Hayz qoni odatda ivimaydi (buning sababi shuki, unda fermentlar bor), tomirlarda oqib turgan qonga nisbatan to'q rangli bo'ladi.

Hayz ko'rish normal hodisa hisoblanadi, ammo bu davrda organizmda kuzatiladigan o'zgarishlar gigiyena qoidalariga sinchiklab rioya qilishni talab etadi. Hayz ko'rish vaqtida ayol odatdagi ishini ado etaversa bo'ladi, ammo u ortiqcha charchamasligi, jismonan zo'riqmasligi, badanini sovutib yoki qizitib yubormasligi kerak.

Hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish kunlarida ichki a'zolarga, chanoq a'zolariga qon ko'p kelmasligi uchun o'tkir, dorivorli ovqat va spirtli ichimliklar iste'mol qilmaslik kerak. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy a'zolarga qon kelishi ko'p qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz ko'rish vaqtida endometriyning funksional qavati ko'chganligidan bachadonda «jarohat yuzasi» vujudga keladi. Patogen mikroorganizmlarning bu jarohatga kirib ko'payishi natijasida bachadon naylari, tuxumdonlar va chanoqning qorin pardasi yallig'lanishi mumkin. Modomiki shunday ekan, butun badanni va ayniqsa tashqi jinsiy a'zolari pokiza tutish kerak.

Hayz qoni maxsus gigiyenik paxta-doka boylamga bimalol oqib tushib shimiladigan bo'lishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari qaynatilgan iliq suv bilan kuniga 2—3 marta yuvib turish zarur. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy aloqa qilish va qin chayish yaramaydi, chunki bunda bachadonning jarohat yuzasiga patogen mikroblar kirib yallig'lantirishi mumkin. Hayz ko'rish kunlarida dushga tushish tavsiya etiladi, ammo vannaga tushish maslahat berilmaydi, chunki ifloslangan suv vannadan qinga kirishi mumkin.

Korxonalarda gigiyenik muolajalarni ado etish uchun moslash-tirilgan maxsus xonalar bo'lishi lozim, bu muolajalar hayz ko'rish davrida, ayniqsa muhimdir.

Nazorat uchun savollar

1. Tashqi jinsiy a'zolarning anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ichki jinsiy a'zolarga qaysi a'zolar kiradi, ularning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. Qinning tuzilishi va fiziologiyasi, qinning tozalik darajasi ahamiyati.
4. Bachadon va bachadon naylari anatomiyasi, o'lchamlari, bachadon funksiyasi.
5. Bachadonning boylam apparati.
6. Tashqi va ichki jinsiy a'zolari qon bilan ta'minlaydigan asosiy qon tomirlar.
7. Hayz sikli, hayz siklining tuxumdon va bachadon fazalari, uning neyrogumoral idora etilishi.
8. Markaziy asab tizimi, gipotalamus, gipofizning hayz siklidagi roli.

V BOB. AYOL CHANOQ'I

Suyak chanoq ayolning ichki jinsiy a'zolarini, to'g'ri ichagini, qovug'i va ular atrofidagi to'qimalarni beshikast saqlaydigan mustahkam a'zodir. Bundan tashqari, ayol chanoq'i tug'ruq kanalini hosil qiladi. Bola tug'ilayotganida shu kanaldan o'tadi. Ayol chanoq'ining tuzilishi akusherlikda g'oyat muhim ahamiyatga ega.

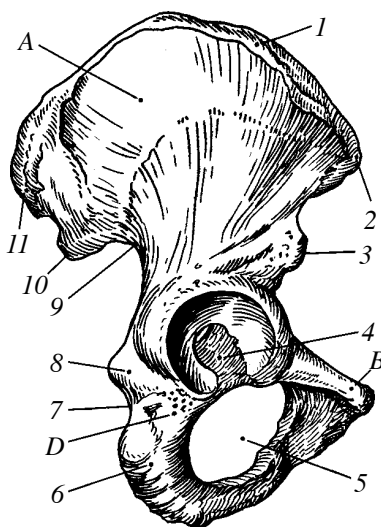
CHANOQ SUYAKLARI

Chanoq (tos) to'rt suyakdan: ikkita nomsiz chanoq yoki nomsiz suyagi, dumg'aza va dum suyaklaridan iborat. Nomsiz suyaklar chanoqning oldingi va yon devorlarini, dumg'aza va dum suyaklari esa orqa devorini hosil qiladi.

Chanoq suyagi (*os soxae*) 16—18 yoshgacha tog'aylar bilan birlashgan 3 ta suyak: yonbosh, qov va quymich suyaklaridan iborat, tog'aylar suyaklangandan keyin uchala suyak o'zaro birikib, nomsiz suyakni hosil qiladi (17-rasm).

Nomsiz suyakni hosil qiluvchi uchala suyak quymich kosasi (*asetabulum*) sohasida birlashadi. Yonbosh suyagi — quymich kosasidan yuqorida, qov suyagi — oldinda, quymich suyagi — pastda joylashadi.

Yonbosh suyagi (*os ileum*) ikki qismdan: tanasi va qanotidan iborat. Yonbosh suyagining tanasi kalta, qalin qismi bo'lib, quymich kosasining hosil bo'lishida qatnashadi. Yonbosh suyagining qanoti anchagina keng plastinka bo'lib, ichki yuzasi botiq, tashqi yuzasi qa-



17-rasm. Chanoq suyagi:

A—yonbosh suyagi; B—qov suyagi; D—quymich suyagi; 1—yonbosh suyagining qirrası; 2—oldingi—yuqori o'sig'i; 3—oldingi—pastki o'sig'i; 4—quymich kosasi; 5—yopqich teshik (berkituvchi teshik); 6—quymich do'mbog'i; 7—quymich kichik o'ymasi; 8—quymich o'yig'i; 9—quymich katta o'ymasi; 10—orqadagi pastki o'siq; 11—orqadagi yuqori o'siq.

bariqdir. Yonbosh suyagining qanoti o'rtasi yupqa, chetlari qalin tortgan. Qanotning eng qalin bo'sh yuqori chekkasi yonbosh suyagining qirrasini (*crista ilei*)ni hosil qiladi, ana shu qirrada bir-biriga parallel yotgan uchta g'adir-budir chiziq ko'rinadi, Bular qorin muskullarining yopishadigan joylaridir. Yonbosh suyagining qirrasini oldingi tomondagi bo'rtmachadan boshlanadi, bu bo'rtmacha yonbosh suyagining oldingi yuqori o'sig'i (*spina iliaca anterior superior*) deb ataladi, pastroqdagi ikkinchi bo'rtmacha yonbosh suyagining oldingi pastki o'sig'i (*spina iliaca anterior inferior*) deyiladi. Oldingi pastki o'siqning ostida, yonbosh suyagining qov suyagiga qo'shiladigan joyida, uchinchi do'mboqcha bor, yonbosh-qov do'mbog'i deb shuni aytiladi. Yonbosh suyagining oldingi yuqori va oldingi pastki o'siqlari orasida yonbosh suyagining kichik o'ymasi (*incisura iliaca minor*), oldingi pastki o'siq bilan yonbosh-qov do'mbog'ining orasida yonbosh suyagining katta o'ymasi (*incisura iliaca major*) bor.

Yonbosh suyagining qirrasini orqa tomonda **yonbosh suyagining orqadagi yuqori o'sig'i** (*spina iliaca posterior superior*) bilan tugaydi, shu o'sig'dan pastdagi ikkinchi tepacha — **yonbosh suyagining orqadagi pastki o'sig'i** (*spina iliaca posterior inferior*) deb ataladi. Orqadagi pastki o'siq ostida quymich suyagining katta o'ymasi (*incisura ischiadica major*) bor.

Yonbosh suyagining ichki yuzasida, qanoti tanasiga o'tadigan joyda qirrasimon tepacha bor, bu tepacha ravoq shaklidagi nomsiz chiziqni (*linea innominata*) hosil qiladi (18-rasm). Ana shu chiziq dumg'azadan butun yonbosh suyagining ko'ndalangiga yo'l olib, oldindan qov suyagining yuqori chekkasiga o'tadi. Yonbosh suyak orqadagi bo'limning ichki yuzasida quloqsimon yuza — g'adir-budir maydoncha bor, bu yuza dumg'aza suyagining yuzasiga qo'shiladi.

Quymich suyagi (*os ischii*)ning quymich kosasining hosil bo'lishida qatnashadigan tanasi va ikkita: yuqori hamda pastki tarmoqlari bor. Yuqori tarmog'i tanasidan pastga davom etib, quymich do'mbog'i (*tuber ischii*) bilan tugaydi. Pastki tarmoqning orqa yuzasida tepacha — quymich o'sig'i (*spina ischii*) joylashgan. Pastki tarmoq oldinga va yuqoriga borib, qov suyagining pastki tarmog'iga qo'shiladi.

Qov suyagi (*os pubis*) yonbosh suyagidan oldinda va pastda bo'lib, chanoqning oldingi devorini hosil qiladi. Qov suyagining tanasi va ikkita: yuqori (gorizontal) va pastki (tushuvchi) tarmoqlari bor.

Qov suyagining kalta tanasi quymich kosasining bir qismini tashkil etadi, pastki tarmog‘i quymich suyagining pastki tarmog‘iga qo‘shiladi.

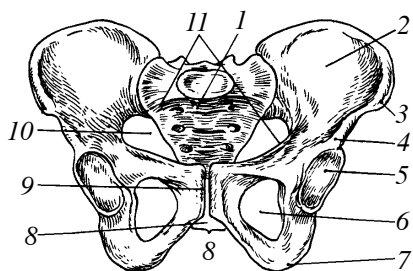
Qov suyagi yuqori (gorizontal) tarmog‘ining yuqori chetidan o‘tkir qirra o‘tadi, bu qirra oldingi tomonda qov do‘mboqchasi (*tuberculum pubicum*) bilan tugaydi.

Ikkala qov suyagining yuqori va pastki tarmoqlari oldingi tomonda kamharakat qov birikmasi — simfiz (*symphysis*) yordamida bir-biriga qo‘shiladi. Qov suyaklarining pastki tarmoqlari simfiz ostida burchak hosil qiladi, u qov ravog‘i deb ataladi.

Qov va quymich suyaklarining qo‘shiluvchi tarmoqlari yopqich yoki berkituvchi teshik (*foramen obturatorium*) degan anchagina keng teshikni chegaralab turadi.

Dumg‘aza (*os sacrum*) suyagi bir-biriga qo‘shilib o‘sgan 5 ta umurtqadan iborat (18-rasm). Dumg‘aza umurtqalari pastga tomon kichraya boradi, shuning uchun dumg‘aza suyagi kesik konusga o‘xshab ketadi. Uning keng qismi — *dumg‘aza asosi* — yuqoriga, tor qismi — *dumg‘aza uchi* — pastga qaragan. Dumg‘aza suyagining orqa yuzasi qabariq, oldingi yuzasi botiq bo‘lib, *dumg‘aza chuqurchasini* hosil qiladi. Dumg‘azaning oldingi yuzasida (chuqurchasida) ko‘ndalangiga ketgan to‘rtta g‘adir-budir chiziq ko‘rinadi. Bular dumg‘aza umurtqalarini bir-biriga tutashtirib turgan va suyaklangan tog‘ay parralarga mos keladi. G‘adir-budir chiziqlarning uchlarida dumg‘aza suyagining oldingi teshiklari bor, bu teshiklar orqali orqa miyadan jinsiy a‘zolarga nerv tolalari o‘tadi.

Dumg‘aza suyagining orqadagi qabariq yuzasi notekis bo‘lib, undan uzunasiga uchta qirra o‘tadi. Dumg‘aza suyagining o‘rta qirrasini umurtqalarning bir-biriga yopishib o‘sgan o‘tkir qirrali o‘siqlaridan iborat; kamroq bilinadigan yon qirralari dumg‘aza umurtqalarining bir-biriga qo‘shilib o‘sgan bo‘g‘im o‘siqlaridan iborat. Dumg‘azaning



18-rasm. Ayol chanog‘i:

1—dumg‘aza; 2—yonbosh suyagining qanoti; 3—oldingi yuqori o‘sig‘i; 4—oldingi pastki o‘sig‘i; 5—quymich kosasi; 6—yopqich teshik (berkituvchi teshik); 7—quymich do‘mbog‘i; 8—qov ravog‘i; 9—simfiz (qov birikmasi); 10—kichik chanoq og‘zi; 11—nomsiz chiziq.

oʻrta qirrasidan ikki yon tomonda toʻrt juft teshik koʻrinadi. Bular dumgʻaza suyagining orqadagi teshiklari deb ataladi. Dumgʻaza suyagining ichida yuqoridan pastga qarab dumgʻaza kanali oʻtadi, bu — umurtqa pogʻonasi kanalining davomi. Dumgʻaza kanalining pastki teshigi dumgʻaza pastki boʻlimining orqa yuzasiga ochiladi.

Dum suyagi (*os coccygis*) taraqqiy etmasdan bir-biriga qoʻshilib oʻsgan 4–5 umurtqadan iborat boʻlib, pastga tomon torayuvchi kichkina suyakdan iborat.

CHANOQ BIRLASHMALARI

Chanoq suyaklari simfiz, dumgʻaza-yonbosh va dumgʻaza-dum birlashmalari yordamida oʻzaro qoʻshiladi. Chanoq birlashmalarida togʻay pardalar bor. Chanoqning hamma birlashmalari pishiq boylamlar bilan mustahkamlangan.

Simfiz kamharakat birlashma, yarim boʻgʻim hisoblanadi. Ikkala qov suyagi simfizda togʻay parrasi yordamida birlashadi, unda koʻpincha suyuqlik bilan toʻla kichkina yoriqsimon boʻshliq boʻladi; homiladorlik vaqtida bu yoriq kattalashadi.

Simfizning ustki chekkasi boʻylab qov suyagining yuqori boylami, pastki chekkasiga esa ravoqsimon boylam tortilgan, simfizning tashqi va ichki yuzalarida qov suyagining oldingi va orqadagi boylamlari bor.

Dumgʻaza-yonbosh birlashmalarida yoriqsimon tor boʻshliq boʻlib, ular deyarli harakatsiz boʻgʻimlardir. Boʻgʻim maydonchalari gʻadir-budir yuzali boʻlganligi va gʻoyat pishiq boylamlar borligidan dumgʻaza-yonbosh birlashmalarida deyarli hech qanday harakat yuzaga chiqmaydi.

Ikki juft boylam: dumgʻaza suyagining pastki qismi bilan quymich suyagining oʻsiqlari orasiga tortilgan dumgʻaza-oʻtkir qirrali boylamlar (*lig. sacro-spinosum*) va dumgʻazaning pastki qismi bilan dum suyagidan quymich doʻmboqlariga boruvchi dumgʻazadoʻmboq boylamlari (*lig. sacro-tuberosum*)ning ahamiyati katta. Bu boylamlar quymich suyagining ikkala oʻymasini tutashtirib, katta va kichik quymich teshiklarini hosil qiladi, chanoq boʻshligʻidan oʻsha teshiklar orqali muskullar, tomirlar va nervlar oʻtadi.

Dumgʻaza-dum birlashmasi anchagina harakatchan. Tugʻruq vaqtida homila chanoqdan oʻtayotganida dum suyagi orqaga egiladi va simfizning pastki chekkasidan dum suyagining uchigacha boʻlgan masofa 1,5–2 sm uzayadi.

KATTA CHANOQ

Chanoq ikki bo‘limga ajratiladi: yuqori bo‘limi katta chanoq va pastki bo‘limi kichik chanoq deb ataladi. Katta chanoq bilan kichik chanoq o‘rtasidagi chegaralar: oldingi tomonda simfizning va qov suyaklarining yuqori qirradi, ikki yon tomonda – nomsiz chiziqlar, orqa tomonda – dumg‘aza suyagining burni. Katta chanoq bilan kichik chanoq o‘rtasidagi tekislik kichik chanoq kirish qismining tekisligi hisoblanadi; bu tekislik akusherlikda juda muhim ahamiyatga ega.

Katta chanoq kichik chanoqdan kengroq bo‘lib, ikki yon tomonidan yonbosh suyaklarining qanotlari, opqa tomondan – so‘nggi bel umurtqalari, oldingi tomondan-qorin devorining pastki bo‘limi bilan chegaralangan. Katta chanoq hajmi qorin muskul-larining qisqarishi yoki bo‘shashuviga qarab o‘zgarishi mumkin.

Katta chanoqni bemalol o‘lchasa bo‘ladi, uning o‘lchamlari oson va anchagina aniq bilib olinadi. Katta chanoqning o‘lchamiga qarab kichik chanoq o‘lchamlari haqida fikr yuritishadi, chunki kichik chanoqni bevosita o‘lchab bo‘lmaydi. Holbuki, kichik chanoq o‘lchamlarini aniqlash g‘oyat muhim ahamiyatga ega, zero tug‘ilayotgan bola kichik chanoqning qattiq suyak kanalidan o‘tadi.

KICHIK CHANOQ

Kichik chanoq tekisliklari va o‘lchamlari. Kichik chanoq tug‘ruq kanalining suyak qismi hisoblanadi. Kichik chanoqning orqa devori – dumg‘aza va dum suyaklaridan, yon devorlari – quymich suyaklaridan, oldingi devori – qov suyaklaridan va simfizdan iborat. Kichik chanoqning orqa devori oldingi devoridan uch baravar uzun. Kichik chanoqning yuqori bo‘limi yaxlit qattiq suyak halqa hisoblanadi. Kichik chanoqning pastki bo‘limidagi devorlari yaxlit emas; ularda yopqich teshiklar va quymich o‘ymalari bor, bular esa ikki juft boylam (dumg‘aza-o‘tkir qirrali o‘siq boylamlari va dumg‘aza-do‘mboq boylamlari) bilan chegaralanadi.

Kichik chanoq kirish qismi, bo‘shlig‘i va chiqish bo‘limlariga ajratiladi. Kichik chanoq bo‘shlig‘ining keng va tor qismi bor. Shunga yarasha kichik chanoqning to‘rtta tekisligi tafovut qilinadi: 1) chanoq kirish tekisligi; 2) chanoq bo‘shlig‘i keng qismining tekisligi; 3) chanoq bo‘shlig‘i tor qismining tekisligi; 4) chanoq-dan chiqish tekisligi.

Chanoq kirish tekisligining chegaralari: oldingi tomondan qov suyaklari va simfizning yuqori chekkasi, ikki yon tomondan — nomsiz chiziqlar, orqa tomondan — dumg‘aza suyagining burni. Chanoq kirish tekisligi buyrak yoki ko‘ndalangiga yotgan oval shaklida bo‘lib, buning o‘ymasi dumg‘aza suyagining burniga mos keladi. Chanoq kirish tekisligida to‘g‘ri, ko‘ndalang va ikkita qiyshiq o‘lcham tafovut qilinadi.

1. *To‘g‘ri o‘lcham* — dumg‘aza suyagining burnidan simfizning ichki yuzasi yuqori qirrasigacha bo‘lgan masofa — akusherlik konyugatasi yoki chin konyugata (*conjugata vera*) deb ataladi. Yana, anatomik konyugata — dumg‘aza suyagining burnidan simfiz yuqori qirrasining tashqi yuzasigacha bo‘lgan masofa ham ajratiladi; anatomik konyugata akusherlik konyugatasidan biroz (0,3–0,5 sm) kattaroq. Akusherlik konyugatasi yoki chin konyugata 11 sm ga teng.

2. *Ko‘ndalang o‘lcham* — nomsiz chiziqlarning eng olis nuqtalari o‘rtasidagi masofa — 13 sm ga teng.

3. *Qiyshiq o‘lchamlar* ikkita: o‘ng va chap qiyshiq o‘lchamlarning har biri 12 sm ga teng.



19-rasm. Chanoqning qiyshiq o‘lchamlarini aniqlash amali.

O‘ng qiyshiq o‘lcham — o‘ng dumg‘aza-yonbosh birlashmasidan chap yonbosh-qov do‘mboqchasigacha (*tuberculum iliopectinium sinistra*) bo‘lgan masofa, chap qiyshiq o‘lcham esa chap dumg‘aza-yonbosh birlashmasidan o‘ng yonbosh-qov do‘mboqchasigacha (*tuberculum iliopectinium dextra*)

bo‘lgan masofa. Tug‘uvchi ayol chanoq‘ining qiyshiq o‘lchamlari yo‘nalishini aniqlash maqsadida M.S.Malinovskiy va M.G.Kushnir quyidagi usulni taklif etishgan (19-rasm). Ikkala qo‘l panjasi kaf-tini yuqoriga qilib to‘g‘ri burchak ostida juftlashtiriladi; barmoqlarning uchlari kresloda yotgan ayol chanoq‘ining chiqish teshigiga yaqinlashtiriladi. Chap qo‘l tekisligi chanoqning chap qiyshiq o‘lchamiga, o‘ng qo‘l tekisligi esa o‘ng qiyshiq o‘lchamiga mos keladi.

Chanoq bo‘shlig‘i keng qismining tekisligi oldingi tomondan simfiz ichki yuzasining o‘rtasi bilan, ikki yon tomondan quy-mich kosalarining o‘rta ichki yuzasi bilan, opqa tomondan II va

III dumg'aza umurtqalarining birlashgan joyi bilan chegaralangan. Chanoq bo'shlig'ining keng qismida ikkita: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham farqlanadi.

1. To'g'ri o'lcham — simfiz ichki yuzasining o'rtasidan II va III dumg'aza umurtqalarining birlashgan joyigacha bo'lgan masofa 12,5 sm ga teng.

2. Ko'ndalang o'lcham — quymich kosalarining ichki yuzalari o'rtasidagi masofa 12,5 sm ga teng.

Chanoq bo'shlig'i keng qismining qiyshiq o'lchamlari yo'q, chunki chanoqning bu joyi yaxlit suyak halqadan iborat emas. Chanoq bo'shlig'i keng qismining qiyshiq o'lchamlari shartli ravishda (13 sm) hisoblanadi.

Chanoq bo'shlig'i tor qismining tekisligi oldingi tomondan simfizning pastki chekkasi, ikki yon tomondan quymich suyaklarining o'siqlari, orqa tomondan dumg'aza-dum birlashmasi bilan chegaralangan. Chanoqning tor qismida ikkita: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham ajratiladi.

1. To'g'ri o'lcham dumg'aza-dum birlashmasidan simfizning pastki chekkasiga (qov ravog'ining uchiga) boradi; 11 sm ga teng.

2. Ko'ndalang o'lcham quymich suyaklarining o'siqlari orasidagi masofa 10,5 sm ga teng.

Chanoqning chiqish tekisligi

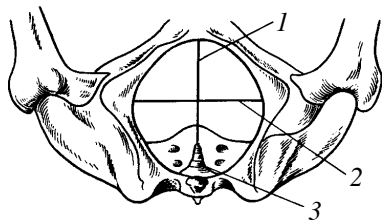
oldingi tomondan simfizning pastki chekkasi, ikki yon tomondan-quymich do'mboqlari, orqa tomondan dum suyagi bilan chegaralangan.

Chanoq chiqish tekisligi ikkita uchburchak tekislikdan iborat bo'lib, uchburchak tekisliklarning umumiy asosi quymich do'mboqlarini birlashtiruvchi chiziq hisoblanadi. Chanoqdan chiqish tekisligida ikki-

ta: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham ajratiladi (20-rasm).

1. Chanoq chiqish tekisligining to'g'ri o'lchami dum suyagining uchidan simfizning pastki chekkasiga boradi; u 9,5 sm ga teng. Homila kichik chanoqdan o'tayotganida dum suyagi 1,5–2 sm uzoqlashib, to'g'ri o'lcham uzayadi va 11,0 sm ga teng bo'ladi.

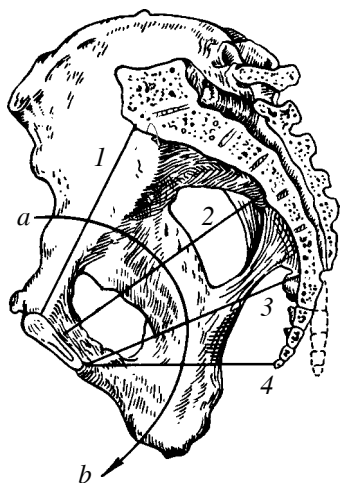
2. Chanoq chiqish tekisligining ko'ndalang o'lchami quymich do'mboqlarining ichki yuzalari orasidagi masofa 11 sm ga teng.



20-rasm. Chanoq chiqish tekisligining o'lchamlari:

1—to'g'ri o'lchami 9,5–11,5 sm; 2—ko'ndalang o'lchami 11 sm; 3—dum suyagi.

Shunday qilib, chanoq kirish qismidagi eng katta o'lcham ko'ndalang o'lchamdir. Chanoq bo'shlig'ining keng qismida to'g'ri va ko'ndalang o'lchamlar teng; shartli ravishda qabul qilingan qiyshiq o'lcham eng katta o'lcham hisoblanadi. Chanoq bo'shlig'ining tor qismidagi va chanoq chiqish tekisligidagi to'g'ri o'lchamlar ko'ndalang o'lchamlardan kattaroq.



21-rasm. Chanoqning to'g'ri o'lchamlari va o'tkazuvchi o'qi: 1—chanoq kirish tekisligi (chin konyugata); 2—chanoq bo'shlig'ining keng qismi; 3—tor qismi; 4—chanoq chiqish tekisligi; a—b—chanoqning o'tkazuvchi o'qi.

Chanoqning o'tkazuvchi o'qi (chizig'i). Kichik chanoqning hamma tekisliklari oldingi tomondan — simfizning biron nuqtasiga, orqa tomondan — dumg'aza yoki dum suyagining turli nuqtalari bilan chegaralanadi. Simfiz dumg'aza bilan dum suyagiga nisbatan ancha kalta, shuning uchun chanoq tekisliklari oldinga tomon yig'ilishib keladi, orqaga tomon esa yelpig'ich shaklida yoyilib ketadi.

Chanoqning barcha tekisliklaridagi to'g'ri o'lchamlari o'rtasi birlashtirilsa, to'g'ri chiziq o'rniga oldinga (simfizga) tomon botiq chiziq hosil bo'ladi (21-rasm). Chanoqning hamma to'g'ri o'lchamlari markazlarini birlashtiruvchi shu chiziq chanoqning o'tkazuvchi o'qi deb ataladi.

Chanoqning o'tkazuvchi o'qi avvaliga to'g'ri bo'lib, keyin chanoq, bo'shlig'ida dumg'aza ichki yuzasining botiqligiga yarasha bukiladi.

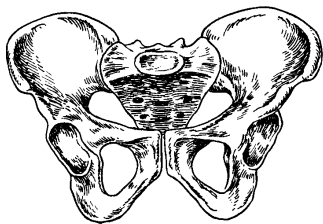
Tug'iladigan homila chanoq o'tkazuvchi o'qining yo'nalishi bo'yicha tug'ruq kanalidan o'tadi.

AYOL CHANOG'INING ERKAK CHANOG'IDAN FARQI

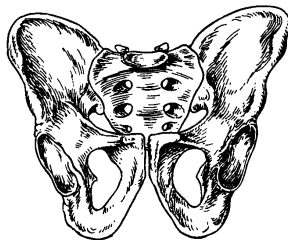
Voyaga yetgan ayol chanog'i erkak chanog'idan ancha farq qiladi (22-rasm). Ayol chanog'ining suyaklari erkak chanog'ining suyaklariga nisbatan ingichka, nozik, silliqroq, vazni ham kamroq.

Ayol chanog'i kengroq va pastroq, erkak chanog'i esa torroq va balandroq (23-rasm). Ayollar dumg'azasi keng, erkak chanog'idek

unchalik botiq emas, ayollarda dumg'aza suyagining burni erkaklardagiga nisbatan kamroq oldinga turtib chiqadi; ayol chanog'ining simfizi kaltaroq va kengroq. Ayollarda kichik chanoq kirish qismi kengroq, shaklan ko'ndalang oval, dumg'aza burni sohasida o'y-masi bor; erkak chanog'ining kirish qismi kartadagi yurakka o'xshaydi, buning sababi shuki, erkaklarda dumg'aza burni ko'proq turtib chiqqan.



22-rasm. Ayol chanog'i.



23-rasm. Erkak chanog'i.

Ayollarda kichik chanoq bo'shlig'i kengroq, shakli oldinga qarab bukilgan silindrga o'xshaydi; erkak chanog'ining bo'shlig'i kichikroq bo'lib, pastga tomon voronka shaklida toraya boradi.

Ayol chanog'i chiqish tekisligi kengroq, chunki: a) quymich do'mboqlari o'rtasidagi masofa kattaroq, b) qov burchagi erkaklardagi ($70-75^\circ$) ga nisbatan kengroq ($90-100^\circ$), d) dum suyagi oldinga erkak chanog'idagiga nisbatan kamroq turtib chiqadi.

Homilaning tug'ruq yo'llaridan o'ta olishi ayol chanog'ining yuqorida ko'rsatilgan xususiyatlariga bog'liq.

CHANOQ MUSKULLARI

Chanoq muskullari ikki guruhga bo'linadi: chanoq devorining yon (pariyetal) muskullari va chanoq tubining muskullari.

Chanoqning **yon devori muskullari** shunday joylashganki, ular katta va kichik chanoq o'lchamlarini deyarli kamaytirmaydi.

Katta chanoq bo'shlig'ida yon devor muskullarining ikki jufti: yonbosh ichki muskuli va belning katta muskuli yotadi.

Yonbosh ichki muskuli (*m. iliacus intyernus*) keng bo'lib, yonbosh suyagi qirrasidan boshlanadi, yonbosh chuqurchasini to'l-diradi, shu chuqurchada belning katta muskuliga qo'shilib ketadi.

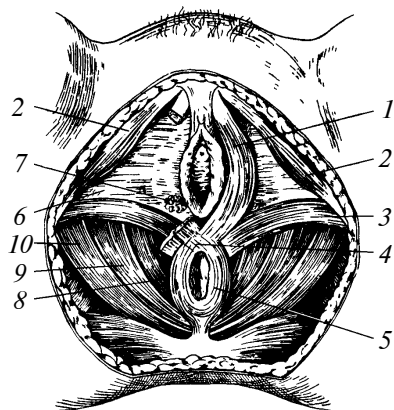
Belning katta muskuli (*m. psoas major*) uzun bo'lib, XII ko'krak umurtqasi va yuqoridagi to'rtta bel umurtqasining yon

yuzasidan boshlanadi, katta chanoqqa tushib, yonbosh ichki muskuliga qo‘shilib ketadi. Bir-biriga qo‘shilib ketgan shu ikki muskuldanda yagona yonbosh-bel muskuli (*m. ileopsoas*) tarkib topadi; bu muskul esa chov boylami (Pupart boylami)ning ostidan o‘tib, son suyagining kichik ko‘stiga yopishadi.

Kichik chanoq kirish qismini yonbosh-bel muskullarining chetlari qisman yopib turadi. Devor bo‘yi muskullari (noksimon muskullar va ichki yopqich muskullar) kichik chanoqning yon devorlarini qoplaydi-yu, bo‘shlig‘ining o‘lchamlarini kamaytirmaydi.

Noksimon muskul (*m. piriformis*) dumg‘azaning oldingi yuzasidan boshlanib, ko‘ndalangiga yo‘l oladi-da, katta quymich teshigi orqali chanoqdan chiqib son suyagining katta ko‘stiga yopishadi.

Ichki yopqich muskul (*m. obturator intyernus*) yopqich teshik atrofidan boshlanib, kichik quymich teshigi orqali chanoqdan chiqadi-da, son suyagining katta va kichik ko‘stlari orasiga yopishadi.



24-rasm. Chanoq tubining muskullari:

1—piyoz-g‘orsimon muskul; 2—quymich-g‘orsimon muskul; 3—oralning yuza-ko‘ndalang muskuli; 4—oralning pay markazi; 5—to‘g‘ri ichak sfinktri; 6—siydik-tanosil diafragmasi; 7—Bartolin bezi; 8—10—chanoq diafragmasi (*m. levator ani*).

shaklini eslatadi.

1. Piyoz-g‘orsimon muskul (*m. bulbocavernosus*) qin og‘zini o‘rab turadi, pay markaziga va klitorga yopishadi; bu muskul qisqarganda qin og‘zini qisadi.

Chanoq tubi. Chanoqdan chiqish teshigi pastdan qalin muskul-fassiya qavati bilan yopilgan, chanoq tubi deb shuni aytiladi. Chanoq tubining bir qismi jinsiy lablarning orqadagi bitishmasi bilan orqa chiqaruv teshigi orasida bo‘lib, akusherlik oralig‘i yoki oldingi oraliq deb ataladi (chanoq tubining bir qismi orqa chiqaruv teshigi bilan dum suyagi orasida bo‘lib, orqadagi oraliq deb ataladi).

Chanoq tubi fassiyalar bilan o‘ralgan uch qavat muskullardan tashkil topgan (24-rasm).

Pastki (tashqi) qavat oralning pay markazida yig‘iladigan muskullaridan iborat; bu muskullarning joylashuv shakli chanoq suyaklariga osilgan sakkiz

2. Quymich-g'orsimon muskul (*m. ischio-cavernosus*) quymich suyagining pastki tarmog'idan boshlanadi va klitorga yopishadi.

3. Orqa chiqaruv teshigini qisuvchi tashqi muskul (*m. sphincter ani externus*) to'g'ri ichak oxirini o'rab turadi. Qisuvchi tashqi muskulning chuqur tutamlari dum suyagining uchidan boshlanadi, orqa chiqaruv teshigini o'rab oladi va oraliqning pay markazida tugaydi.

4. Oraliqning yuzadagi ko'ndalang muskuli (*m. transversus perinei superficialis*) pay markazidan boshlanib, o'ngga va chapga boradi-da, quymich do'mboqlariga yopishadi.

Chanoq muskullarining o'rta qavati — siydik-tanosil diafragmasi (*diaphragma urogenitale*) chanoqdan chiqish teshigining oldingi yarmini egallaydi. Siydik-tanosil diafragmasi simfiz ostida, qov ravog'ida yotgan uchburchak muskul-fassiya plastinkasidan iborat. Siydik chiqarish kanali (uretra) va qin shu plastinka orasidan o'tadi. Siydik-tanosil diafragmasining oldingi bo'limida muskul tutamlari uretrani o'rab turadi va uning tashqi sfinkterini hosil qiladi; siydik-tanosil diafragmasining orqa bo'limida yotgan muskul tutamlari ko'ndalangiga yo'l olib, quymich do'mboqlariga boradi. Siydik-tanosil diafragmasining ana shu qismi oraliqning chuqur ko'ndalang muskuli (*t. transversus perinei profundus*) deb ataladi.

Oraliq muskullarning yuqori (ichki) qavati chanoq diafragmasi (*diaphragma pelvis*) deb ataladi.

Chanoq diafragmasi orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi bir juft muskul (*m. levator ani*)dan iborat.

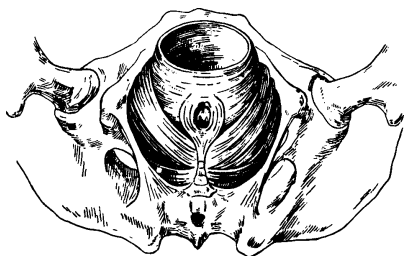
Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi ikkala serbar muskul gumbaz hosil qiladi. Gumbaz uchi pastga qaragan bo'lib, to'g'ri ichakning pastki bo'limiga (orqa chiqaruv teshigining picha yuqorisidan) yopishadi. Gumbazning enli asosi yuqoriga qaragan bo'lib, chanoq devorlarining ichki yuzasiga yopishadi. Chanoq diafragmasining oldingi bo'limida, orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullarning tutamlari orasida uzunasiga yotgan yoriq (*hiatus genitalis*) bor, bu yoriq orqali chanoqdan uretra va qin chiqadi. Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullar chanoq devorlarining turli bo'limlaridan boshlanuvchi ayrim muskul tutamlaridan iborat; chanoq muskullarining bu qavati hammasidan qalinroq.

Chanoq tubining barcha muskullari fassiyalar bilan qoplangan.

Chanoq tubining fassiyalar bilan qoplangan muskullari quyidagi juda muhim funksiyalarni o'taydi.

1. Chanoq tubi ichki jinsiy a'zolar uchun tayanch vazifasini bajaradi, ularning normal o'rnida turishiga yordam beradi. Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullar alohida ahamiyatli bo'lib, qisqarganda jinsiy yoriq yumiladi, to'g'ri ichak va qin bo'shlig'i torayadi. Chanoq tubining muskullari shikastlanganda jinsiy a'zolar, shuningdek qovuq bilan to'g'ri ichak pastga tushadi va tashqariga chiqib qoladi.

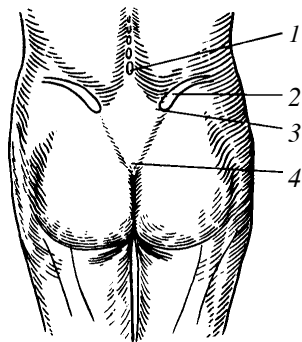
2. Chanoq tubi jinsiy a'zolarinigina emas, ichki a'zolarini ham ko'tarib turadi. Chanoq tubining muskullari qorin ichidagi bosimni boshqarishda diafragma (ko'krak bilan qorin o'rtasidagi to'siq) va qorin devorining muskullari bilan birgalikda qatnashadi.



25-rasm. Homila tug'iladigan davrda chanoq tubi muskullarining joylashuvi.

3. Tug'ruq vaqtida homila tug'ilayotganida chanoq muskullarining uchala qavati cho'zilib, suyak tug'ruq kanalining davomi hisoblanadigan keng naychani hosil qiladi (25-rasm). Homila tug'ilgach chanoq tubining muskullari yana qisqarib, avvalgi vaziyatiga qaytadi.

CHANOQNI AKUSHERLIK NUQTAYI NAZARDAN TEKSHIRISH



26-rasm. Mixaelisning bel-dumg'aza rombi:

1—V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i; 2—yonbosh suyagining qirradi; 3—orqadagi yuqori o'sig'i; 4—dumg'aza suyagining uchi.

Chanoqni tekshirish uchun ko'zdan kechiriladi, paypaslanadi va o'lchamlari aniqlanadi.

Chanoqni ko'zdan kechirganda butun chanoq sohasiga e'tibor beriladi, lekin bel-dumg'aza rombiga (Mixaelis rombiga) alohida e'tibor qilinadi.

Mixaelis rombi (26-rasm) dumg'aza suyagining orqa yuzasidagi maydoncha bo'lib, yuqori burchagi V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i bilan dumg'aza qirradi o'rta bosh qismi orasidagi chuqurchadan iborat; yon burchaklari yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori o'siqlariga, pastki burchagi dumg'aza suyagining uchiga

mos keladi; romb yuqori va tashqi tomondan – orqa katta muskullarining turtib chiqqan joylari bilan, pastdan va tashqaridan – dumba muskullarining turtib chiqqan joylari bilan chegaralangan.

Normal chanoqda, bo‘y-basti kelishgan ayollarda romb kvadratga o‘xshaydi va ko‘zdan kechirilganda yaqqol ko‘rinadi.

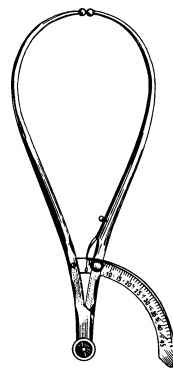
Katta chanoq tekshirilganda yonbosh suyaklarining o‘siqlari va qirralari, simfiz va son suyaklarining ko‘stlari paypaslanadi.

Ichki tekshirishda dumg‘aza chuqurchasining ichki yuzasi, chanoqning yon devorlari va simfizning ichki yuzasi sinchiklab paypaslanib, dumg‘aza suyagining burni turtib chiqqan bo‘lsa, shungacha paypaslashga urinib ko‘riladi. Chanoqni paypaslashda uning sig‘imi va shakli taxminan aniqlanadi.

Chanoqni o‘lchash. Chanoqni tekshirishning barcha usullaridan *chanoqni o‘lchashning* ahamiyati muhimroq. Chanoq o‘lchamlarini bilib olib, tug‘ruqning borishi, tug‘ruqda uchrashi mumkin bo‘lgan asoratlar, chanoqning ushbu o‘lchami bilan tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ishi mumkinligi yoki yo‘qligi haqida xulosa qilish mumkin.

Chanoqning tashqi o‘lchamlari o‘lchanadi va shunga asosanib kichik chanoqning kattaligi va shakli haqida taxminiy fikr yuritiladi. Chanoq maxsus asbob – tazomer bilan o‘lchanadi (27-rasm). Tazomer sirkul shaklida bo‘lib, shkalasi santimetr va millimetrlarga bo‘lingan. Tazomer tarmoqlarining uchlarida tugmalari bor; bu tugmalar chanoqning qaysi joylari o‘rtasidagi masofa o‘lchanadigan bo‘lsa, o‘sha joylarga qadaladi. Chanoqdan chiqish tekisligining ko‘ndalang o‘lchamini o‘lchash uchun oyoqchalari kesishadigan tazomerdan foydalaniladi. Chanoqni o‘lchashda ayol chalqancha yotqizilib, ayoldan o‘ng tomonda, unga yuzma-yuz turiladi. Tazomer tarmoqlari shunday olinadiki, qo‘lning bosh barmog‘i bilan ishora barmog‘i tugmachalarini ushlab turadi. Santimetrlarga bo‘lingan shkala yuqoriga qarab turadi. Orasidagi masofa o‘lchanadigan nuqtalar ishora barmoqlari bilan paypaslab topiladi, tazomerning kerilgan oyoqchalaridagi tugmachalar o‘sha nuqtalarga qadaladi va aniqlanayotgan o‘lchamlar kattaligi shkalaga qarab qayd qilinadi.

Odatda chanoqning to‘rtta o‘lchami: 3 ta ko‘ndalang o‘lchami va bitta to‘g‘ri o‘lchami o‘lchanadi.



27-rasm.
Tazomer.

Ko'ndalang o'lchamlarga quyidagilar kiradi.

1. Distantia spinarum – yonbosh suyaklarining oldingi yuqori o'siqlari o'rtasidagi masofa.

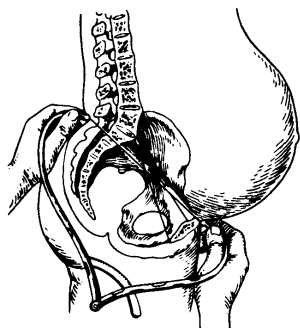
Tazomer tugmachalari oldingi yuqori o'siqlarining tashqi chekkalariga qadaladi. Bu o'lcham odatda 25–26 sm ga teng.

2. Distantia cristarum – yonbosh suyaklari qirralarining eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa. Distantia spinarum o'lchangandan keyin tazomer tugmachalari yonbosh suyaklarining o'siqlaridan yonbosh suyaklari qirralarining tashqi chetiga eng katta masofa aniqlanguncha surib boriladi; bu masofa distantia cristarum bo'lib, o'rta hisobda 28–29 sm ga teng.

3. Distantia trochanterica – son suyaklarining katta ko'stlari o'rtasidagi masofa. Ayol chalqancha yotganicha oyoqlarini uzatadi va bir-biriga yaqinlashtiradi. Katta ko'stlarning ko'proq turtib chiqadigan nuqtalari qidirib topiladi va ularga tazomer tugmachalari qadaladi. Bu o'lcham 30–31 sm ga teng.

Ko'ndalang o'lchamlarning kattaligiga qarab kichik chanoq o'lchamlari haqida fikr yuritish mumkin. Ko'ndalang o'lchamlar o'rtasidagi nisbatning ham ahamiyati bor. Masalan, normada distantia spinarum bilan distantia cristarumning tafovuti 3 sm, bu tafovutning kamroq chiqishi chanoqning noto'g'ri tuzilganligini ko'rsatadi.

4. Conjugata externa – tashqi konyugata – chanoqning to'g'ri o'lchami 20 sm.



28-rasm. Tashqi konyugatani o'lchash (sxema).

Ayol yonboshga yotqiziladi, pastdagi oyog'i chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukiladi, yuqoridagi oyog'i uzatiladi. Tazomer bir shoxchasining tugmachasi simfizning yuqori tashqi chekkasiga qadaladi, ikkinchi shoxchasining tugmachasi dumg'aza ustidagi chuqurchaga (V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i bilan dumg'aza o'rta qirrasining bosh qismi o'rtasidagi chuqurchaga) qadaladi (dumg'aza ustidagi chuqurcha Mixaelis rombinning yuqori burchagiga mos keladi). Tashqi konyugata normada 20 sm ga teng (28-rasm).

Simfizning yuqori tashqi chekkasi oson aniqlanadi; dumg'aza ustidagi chuqurchaning joylashuvini aniqlamoq uchun barmoqlar

bel umurtqalarining o'tkir qirrali o'siqlari bo'ylab dumg'aza tomonga sirg'antirib boriladi; so'nggi bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i turtib chiqqan joyning pasti sezilishi bilan chuqurcha oson bilinadi.

Semiz xotinlarning dumg'aza usti chuqurchasini paypaslash qiyin va hatto, aniqlash imkoni bo'lmaydi. Bunday hollarda Mixaelis rombining yon burchaklarini (yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori o'siqlariga mos keladi) birlashtirishadi va shu ko'ndalang chiziq markazidan yuqoriga qarab ko'ndalangiga 2 barmoq (3–4 sm) chekinishadi. Bu joy dumg'aza usti chuqurchasiga mos keladi. Tazomer tugmachasi shu yerga qadaladi.

Tashqi konyugataning muhim ahamiyati bor, uning o'lchamiga qarab chin konyugataning uzunligini bilish mumkin.

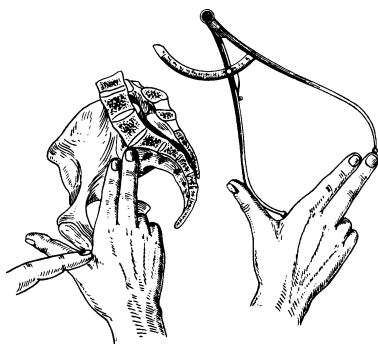
Chin konyugatani aniqlamoq uchun tashqi konyugataning uzunligidan 9 sm chegirib tashlanadi. Masalan, tashqi konyugata 20 sm ga teng bo'lganda chin konyugata 11 sm ga teng, tashqi konyugata 18 sm bo'lganda chin konyugata 9 sm ga teng va hokazo.

Tashqi konyugata bilan chin konyugata o'rtasidagi tafovut dumg'aza, simfiz va yumshoq to'qimalarning qalinligiga bog'liq. Suyaklar va yumshoq to'qimalarning qalinligi turli ayollarda turlicha bo'lgani uchun tashqi konyugata bilan chin konyugata o'rtasidagi tafovut hamisha 9 sm ga aniq mos kelavermaydi.

Chin konyugatani diagonal konyugataga qarab aniqlash mumkin.

Simfizning pastki chekkasidan dumg'aza burnining ko'proq turtib chiqqan nuqtasigacha bo'lgan masofa **diagonal konyugata** (*conjugata diagonalis*) deb ataladi.

Diagonal konyugata qin orqali tekshirishda aniqlanadi (29-rasm). Aseptika – antiseptika qoidalariga rioya qilinib, ishora barmog'i bilan o'rta barmoq qinga kiritiladi, nom-siz barmoq bilan jimjiloq bukiladi, bu barmoqlarning orqa tomoni oraliqqa tayanib turadi. Qinga kiritilgan barmoqlar dumg'aza burniga tomon suriladi; dumg'aza burni qo'lga ilinadigan bo'lsa, o'rta barmoq uchi dumg'aza burnining uchiga qadaladi, kaft qirrasi esa sim-

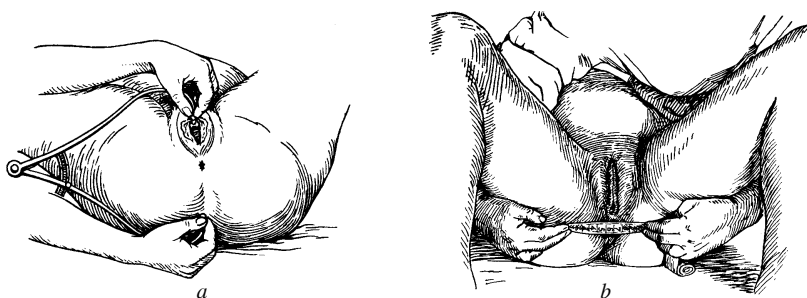


29-rasm. Diagonal konyugatani o'lchash.

fizning pastki chekkasiga taqaladi. Shundan keyin ikkinchi qo‘lning ishora barmog‘i tekshiruvchi qo‘lning simfiz pastki chekkasiga tekkan joyini qayd qiladi. Ishora barmog‘ini qayd qilingan nuqtadan olmay turib, qinga suqilgan qo‘l tortib olinadi va o‘rta barmoqning uchidan simfizning pastki chekkasiga tegib turgan nuqtagacha bo‘lgan masofa o‘lchanadi.

Diagonal konyugata tazomerda yoki santimetrli tasmada o‘lchanadi. Normal chanoqda diagonal konyugata o‘rta hisob bilan 13 sm ga teng. Chin konyugatani aniqlash uchun diagonal konyugata uzunligidan 2 sm chegirib tashlanadi.

Chanoqdan chiqish tekisligining o‘lchamlari quyidagicha aniqlanadi (30-rasm). Ayol chalqancha yotib, oyoqlarini chanoq-son va tizza bo‘g‘imlaridan bukadi, oyoqlarini kerib, qorniga tortadi. Chanoqdan chiqish teshigining to‘g‘ri o‘lchami, odatda tazomerda o‘lchanadi. Tazomerning bir tugmachasi simfizning pastki chekkasiga, ikkinchi tugmachasi dum suyagining uchiga qadaladi.



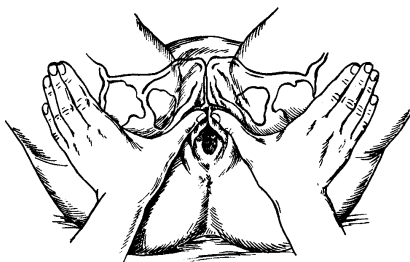
30-rasm. Chanoqdan chiqish teshigini o‘lchash:

a – chiqish teshigining to‘g‘ri o‘lchamini o‘lchash; *b* – chiqish teshigining ko‘ndalang o‘lchamini o‘lchash.

Chanoqdan chiqish teshigining ko‘ndalang o‘lchami santimetrli tasmada yoki shoxchalari kesishadigan tazomerda o‘lchanadi. Quymich do‘mboqlarining ichki yuzalari paypaslab topilib, shu do‘mboqlar o‘rtasidagi masofa o‘lchanadi. Tazomer tugmachalari bilan quymich do‘mboqlari o‘rtasidagi yumshoq to‘qimalarning qalinligini hisobga olib, o‘lchashda chiqqan raqamga 1–1,5 sm qo‘shish kerak.

Qov burchagining shaklini aniqlash klinikada bir qadar ahamiyatlidir. Chanoq o‘lchamlari normal bo‘lganda qov burchagi 90–100° ga teng; qov burchagining kichikroq yoki kattaroq ekanligi chanoqning noto‘g‘ri tuzilganligini ko‘rsatadi.

Qov burchagining shakli quyidagicha aniqlanadi. Ayol chalqancha yotganicha oyoqlarini bukib, qorniga tortib turadi. Bosh barmoqlarning kaft tomoni qov va quy-mich suyaklarining pastki tarmoqlariga zich taqaladi; barmoqlarning bir-biriga tegib turuvchi uchlari simfizning pastki chekkasiga qadalladi. Barmoqlarning joylashuvi qov ravog'ining burchagini bilishga imkon beradi (31-rasm).



31-rasm. Qov ravog'ining shakli va kattaligini aniqlash.

Chanoqning qiyshiq o'lchamlarini qiyshiq toraygan chanoqlarda o'lchashga to'g'ri keladi.

Chanoq asimmetriyasini aniqlash uchun quyidagi qiyshiq o'lchamlar aniqlanadi.

1. Bir tomonning oldingi yuqori o'sig'i bilan ikkinchi tomonning orqadagi yuqori o'sig'i o'rtasidagi masofa va aksincha. Bu o'lcham lateral konyugata ham deyiladi.

2. Simfizning yuqori chekkasidan o'ng va chap tomondagi yuqori o'sig'igacha bo'lgan masofa.

3. Dumg'aza usti chuqurchasidan o'ng va chap tomonning oldingi yuqori o'sig'igacha bo'lgan masofa.

Bir tomonning qiyshiq o'lchamlari ikkinchi tomonning qiyshiq o'lchamlariga solishtirib ko'riladi. Chanoq normal tuzilgan bo'lsa, juft qiyshiq o'lchamlar uzunligi bir xil chiqadi. Qiyshik o'lchamlar tafovutining 1 sm dan ortishi chanoq asimmetriyasidan guvohlik beradi.

Nazorat uchun savollar

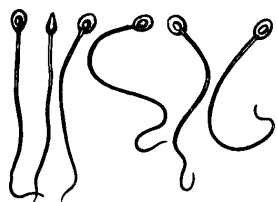
1. Chanoq qaysi suyaklardan tuzilgan?
2. Katta chanoq o'lchamlari.
3. Kichik chanoq tekisliklari va o'lchamlari.
4. Chanoq tubining tuzilishi.
5. Diagonal, tashqi konyugata orqali chin konyugatani aniqlash.

VI BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI. URUG‘LANISH. MURTAK PARDALARI VA ONA QORNIDAGI HOMILANING TARAQQIY ETISHI

URUG‘LANISH (BO‘YIDA BO‘LISH)

Erkakning yetilgan jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan ayol jinsiy hujayrasining qo‘shilib bitta hujayraga aylanishi va undan yangi organizm taraqqiy eta boshlashi **urug‘lanish** deb ataladi.

Tuxumhujayra bilan spermatozoidning yetilish jarayoni murakkab bo‘lib, reduksion bo‘linish bilan tugaydi. Reduksion bo‘linish natijasida ikkala jinsiy hujayra yadrolaridagi xromosomalar ikki baravar kamayadi. Urug‘lanish natijasida vujudga kelgan yangi hujayra yadrosida xromosomalar to‘la-to‘kis bo‘ladi.



32-rasm.
Spermatozoidlar.

Spermatozoidlar erkak jinsiy bezlarining burama kanalchalarida hosil bo‘ladi. Spermatozoidning **boshchasi**, **bo‘yni** va ingichka uzun **dumi** bor (32-rasm). Boshchasi hujayraning yupqa sitoplazma qavati bilan o‘ralgan yadrodan, dumi bilan bo‘yni esa sitoplazmadan iborat.

Spermatozoidlar mustaqil harakatlana oladi. Bu harakat dumining tebranma harakatlariga bog‘liq. Spermatozoidlar urug‘ pufakchalari bilan prostata bezining sekretiga tushgach harakatchanligi oshadi. Urug‘ pufakchalari hamda prostata bezining sekretini bilan spermatozoidlar aralashmasi shahvat yoki sperma deb ataladi.

Jinsiy aloqada qinga 5–8 ml sperma tushadi, buncha spermada 200–500 mln. spermatozoidlar bo‘ladi. Sperma qinning, asosan, orqa gumbaziga tushadi, bachadon bo‘ynining qindagi qismi esa orqa gumbazga qaragan. Bachadon bo‘yni kanalining tashqi teshigi orqa gumbazda to‘plangan spermaga tegib turadi, shuning uchun spermatozoidlar bachadonga bemalol kira oladi.

Spermatozoidlar bir daqiqada 3–3,5 mm tezlik bilan harakatlanib 1–1½ soatdan keyin bachadon bo‘shlig‘iga yetib boradi. 2–3 soatdan keyin bachadon naylariga kirib, ularda tuxumhujayra bilan uchrashadi.

Tuxumhujayra bachadon nayining odatda ampulyar qismida urug‘lanadi.

Tuxumhujayralar mustaqil harakatlana olmaydi. Yetilgan tuxumhujayra nurafshon toj bilan o‘ralib, yorilgan follikuladan qorin bo‘shlig‘iga tushadi, so‘ngra bachadon nayiga yo‘l oladi.

Bachadon nayi va shokilalarining so‘ruvchi peristaltik harakatlari, nay epiteliysidagi kipriklarning hilpillashi (shu tufayli suyuqlik nay voronkasidan nayning bachadon tomondagi uchiga harakatlanadi) tuxumhujayraning nayga kirib olishiga yordam beradi.

Bachadon nayining ampulyar uchiga kirib olgan tuxumhujayraga million-million spermatozoidlar intilib boradi. Tuxumhujayra yuzasida spermatozoidlar qarshisida qabul qiluvchi do‘mboq vujudga keladi.

Million-million spermatozoidlardan faqat bir nechtasi tuxumhujayraning protoplazmasiga tiniq pardasi (*zona pellucida*) orqali kiradi (33-rasm).

Spermatozoidlar tuxumhujayraning tiniq pardasini eritib yuboradigan ferment-gialuronidaza chiqaradi, spermatozoidlarning tuxumhujayra ichiga kirishiga shu ferment yordam beradi.

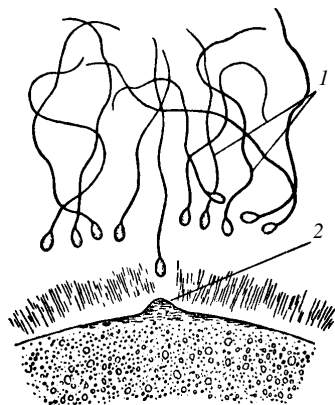
Tuxumhujayraga kirmagan hamma spermatozoidlar nobud bo‘ladi, parchalanadi va bachadon naylarining shilliq pardasiga so‘rilib ketadi.

Tuxumhujayra protoplazmasiga kirgan bir necha spermatozoiddan faqat bittasi urug‘lantirishda qatnashadi; bu spermatozoid yadrosi tuxumhujayra yadrosiga peshvoz borib, unga qo‘shilib ketadi. Bu jarayon urug‘lanishdir.

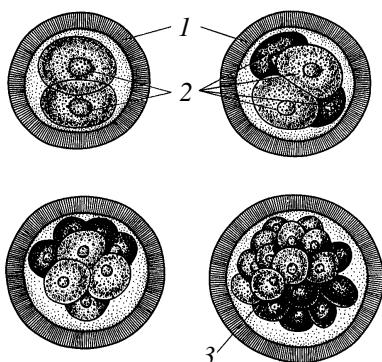
Homiladorlik tuxumhujayraning urug‘lanish paytidan boshlanadi.

URUG‘LANGAN TUXUMHUYAYRANING BO‘LINISHI VA BACHADONDA SILJIB BORISHI

Urug‘langan tuxumhujayra modda almashinuvining kuchayganligi bilan farq qiladi. Yadrolar qo‘shilib ketgan hamon tuxumhujayra



33-rasm. Spermatozoidlarning tuxumhujayraga kirishi: 1—spermatozoidlar; 2—spermatozoidlarga peshvoz hosil bo‘ladigan va ularni qabul qiladigan do‘mboqcha.



34-rasm. Urug‘langan tuxumhujayralarning bo‘linish sxemasi. Morula hosil bo‘lishi: 1—tiniq parda; 2—blastomerlar; 3—morula bosqichi.

xum bachadon nayi devoridagi muskullarning asosan ritmik peristaltik qisqarishi tufayli harakatlanadi. Bachadon nayi epiteliysidagi kipriklarning bachadon tomonga hilpillashi ham yordam beradi.

URUG‘LANGAN TUXUM HUJAYRANING BACHADONDA PAYVANDLANISHI – IMPLANTATSIYA

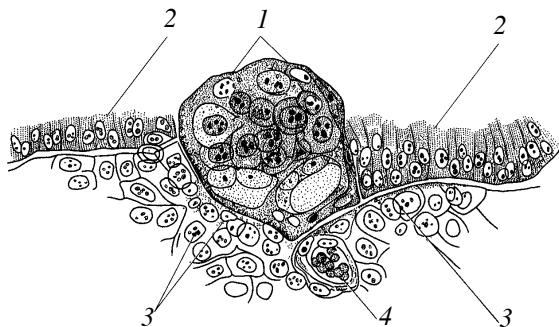
Urug‘langan tuxum bo‘linish bilan bir qatorda hujayralari sifat jihatdan ham o‘zgaradi. Bo‘linayotgan tuxum bachadon nayidayoq tiniq parda (*zona pyellucida*)dan xalos bo‘ladi. Bachadonga kirish paytigacha morula hujayralarining tashqi qavati trofoblastga, ichki hujayralari esa embrioblastga aylanadi. Embrioblastdan murtak (embrion) vujudga keladi. Trofoblast tuxumni payvandlantiruvchi va embrioblastdan hosil bo‘ladigan murtakni oziqlantiruvchi parda hisoblanadi.

Trofoblast hujayralari fermentsimon modda proteolitik ferment ishlab chiqaradi, bu moddalar bachadon shilliq pardasining to‘qimalarini eritib yuboradi. Tuxum bachadon shilliq pardasining yuzasiga (odatda orqa yoki oldingi devorining naylar ro‘parasidagi joyiga) cho‘kadi, trofoblast bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi, bezlari, stroma hujayralari va tomirlarini eritib yuboradi va sekin-asta shilliq pardaning funksional qavati ichkarisiga botib kiradi (35-rasm). Tuxum bachadon shilliq pardasiga batamom kirib olgach uning ustidagi defekt bitib ketadi, tuxumning payvandlanish jarayoni shu paytdan boshlab tugaydi (36-rasm).

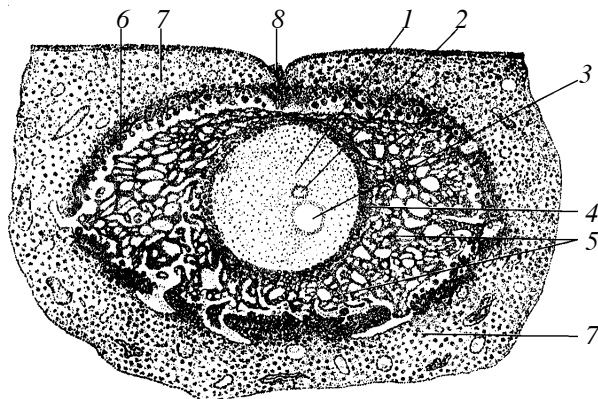
bo‘lina boshlaydi (34-rasm). Kariokinez yo‘li bilan bo‘linish natijasida tuxumhujayradan avval ikkita qizlik hujayra — blastomerlar hosil bo‘ladi, bular ham bo‘linadi. Blastomerlarning tez bo‘linishi natijasida hujayralar to‘plami vujudga keladi, bu hujayralar to‘plami sirtidan qaraganda tut mevasiga o‘xshaydi (morula).

Bo‘linayotgan tuxum ayni vaqtda bachadon nayi ichida harakatlana borib, urug‘lanish paytidan hisob qilganda 8–10-kuni bachadon bo‘shlig‘iga yetib boradi. Tu-

35-rasm. Bachadonning shilliq pardasiga tuxumhujayralarning payvandlanana boshlashi: 1—bo‘linayotgan tuxum; 2—bachadon shilliq pardasining qoplovchi epitelisi; 3—desidual hujayralari; 4—qon tomiri.



36-rasm. Payvandlanib bo‘lgan tuxumhujayra: 1—mezoblast; 2—ektoblast pufakchasi; 3—entoblast pufakchasi; 4—trofoblast (sitotrofoblast); 5—sinsitiy; 6—bachadon shilliq pardasining parchalanayotgan hujayralari; 7—shilliq parda (desidual parda); 8—tuxum kirgan joyning bitishi.

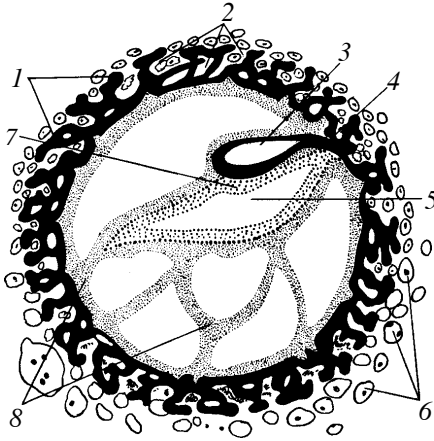


Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadonning shilliq pardasi sekretiya bosqichida bo‘ladi, unda murtakning oziqlanishi uchun zarur hamma moddalar mavjud.

Shilliq pardani trofoblast eritib yuborgach tuxum atrofidagi to‘qimalar parchalanib, murtakning oziqlanish muhiti vujudga keladi, (embriotrof, «bachadon suti»). Embriotrofdan oqsillar, uglevodlar, yog‘lar, vitaminlar, tuzlar va embrionning oziqlanishi hamda rivojlanishi uchun zarur boshqa moddalar bor.

MURTAK PARDALARINING TARAQQIY ETISHI

Tuxum payvandlanib olgach tez o‘sadi va taraqqiy etadi. Trofoblastda o‘siqlar (vorsinkalar) vujudga keladi, ular dastlab tomirsiz bo‘lib, **birlamchi vorsinkalar** deb ataladi (37-rasm). Tuxumning tashqi pardasi endi vorsinkali parda — **xorion** deb ataladi. Bachadon shilliq pardasi bilan vorsinkalar o‘rtasida to‘qimalar parchalanadi va shilliq pardaning yorilgan tomirlaridan chiqqan qon ay-



37-rasm. Trofoblast va embrioblast rivojlanishining ilk bosqichlari:
1—birlamchi vorsinkalar; 2—vorsinkalararo birlamchi kamgak; 3—ektoblast pufakchasi; 4—qorin tomondagi oyoqcha; 5—entoblast pufakchalari; 6—desidual hujayralar; 7—embriyon kurtagini hosil bo'ladigan joyi; 8—mezoblast.

Embrioblast o'rtasida, hujayralar oralig'ida suyuqliq bilan to'la bo'shliqlar vujudga keladi. Bu bo'shliqlar keyinchalik qo'shilib ketib, bitta bo'shliq (ekzoselom) ni hosil qiladi va tuxum endi blastosist bosqichiga o'tadi. Blastosist bo'shlig'ini o'rab turgan hujayralar mezoblastni tashkil etadi.

Blastosistning bir segmentida hujayralar to'plami hosil bo'ladi, bu to'plamdan ektoblastik va entoblastik tugunlar ajraladi. Ana shu tugunlarning markazida hademay bo'shliqlar vujudga keladi, shu tufayli ektoblast tuguni ektoblast pufakchasiga, entoblast tuguni esa entoblast pufakchasiga aylanadi (37-rasm). Ektoblast pufakchasi oyoqcha yordamida trofoblastga ulanadi, undan amnion bo'shlig'i hosil bo'ladi.

Bu bo'shliq devori **qog'onoq** — amnionga aylanadi.

Entoblast pufakchasi markazga yaqinroq joylashgan bo'lib, **sariqlik bo'shlig'iga** aylanadi.

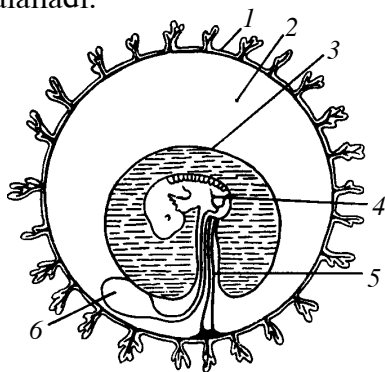
Ektoblast bilan entoblastning amnion va sariqlik pufakchalari o'rtasida joylashgan hujayralari **murtak boshlang'ichini** hosil qiladi.

Ekzoselom bo'shlig'i kattalashgan sari mezenxima hujayralari bir tomondan xorion (trofoblast)ga, ikkinchi tomondan amnion

lanib turadi. Tevarak atrofdagi shilliq parda bilan vorsinkalar o'rtasidagi oraliq (bo'shliq) vorsinkalararo birlamchi oraliq deb ataladi. Vorsinkalararo birlamchi oraliq butun tuxum atrofida joylashadi; taraqqiyotning keyingi bosqichlarida vorsinkalararo birlamchi oraliq faqat platsenta sohasida qolib, vorsinkalararo ikkilamchi oraliq deb ataladi.

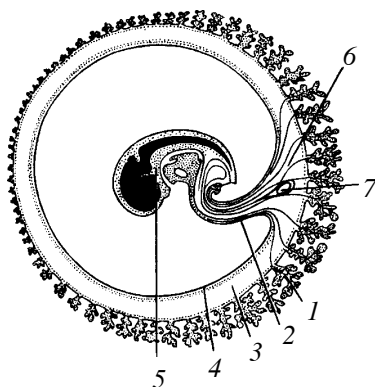
Trofoblast bilan bir vaqtda tuxumning ichki hujayralari embrioblast ham taraqqiy etadi; embrioblast bachadon nayida taraqqiy eta boshlaydi, lekin tuxum bachadonga payvandlanib olgach embrioblast ayniqsa zo'r berib rivojlanadi.

hamda sariqlik pufakchalariga va ular orasida yotgan murtakka surilib boradi. Pufakchalar devori va xorion qo'shqavat bo'lib qoladi. Murtak boshlang'ichi uchta embrional varaq: ektoderma, mezoderma va entodermadan iborat. Homilaning barcha organ va to'qimalari shu uchta varaqdan vujudga keladi. Amnion pufakchasi tiniq suyuqlik to'planishi tufayli tez kattalashadi, pufakcha devori (amnion) vorsinkali pardaga yaqinlashadi va nihoyat, unga yondashadi. Blastosist bo'shlig'i (ekzoselom) yo'qoladi. Amnion bilan sariqlik pufakchasi o'rtasidagi murtak (embrion) amnion bo'shlig'iga botib kira boshlaydi va asta-sekin butunlay joylashadi (38-rasm). Amnion bo'shlig'i kattalashgan sayin sariqlik pufakchasi kichrayib, atrofiyalanadi.



38-rasm. Embrional pardalarning hosil bo'lishi (sxema):

1—vorsinkali parda; 2—ekzoselom; 3—qog'onoq pardasi (amnion); 4—embrion; 5—allantois va qorin tomondagi oyoqcha; 6—sariqlik pufakchasi.



39-rasm. Embrional pardalar hosil bo'lish sxemasi (kechroq bosqichi):

1—vorsinkali parda; 2—kindik kurtagi; 3—ekzoselom; 4—qog'onoq pardasi (amnion); 5—embrion; 6—allantois; 7—sariqlik pufakchasining qoldig'i.

Murtak birlamchi ichagining orqadagi uchidan pardalar taraqqiy etishi bilan bir vaqtda allantois degan o'simta vujudga keladi. Allantois amnion pufakchasini trofoblastga birlashtirgan pufakcha bo'ylab vorsinkali pardaga o'tadi (38- va 39-rasmlar). Tomirlar murtak gavdasidagi vorsinkali pardaga allantois orqali o'tadi; bu tomirlar xorionning har bir vorsinkasiga o'sib kiradi (39-rasm). Murtakning allantoid qon aylanishi shu paytdan boshlab taraqqiy etadi.

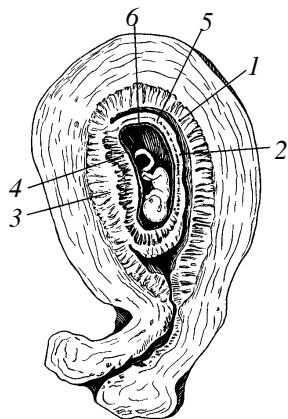
Taraqqiyotning boshlang'ich bosqichlari tugallangach homila amnion suyuqligi va uchta parda (desidual parda, xorion va am-

nion) bilan o'ralib turadi. Desidual parda ona organizmga tegishli bo'lib bachadon shilliq pardasidan vujudga keladi, vorsinkali va (amnion) pardalari homilaga tegishlidir.

Homiladorlik munosabati bilan bachadon shilliq pardasining ko'rinish jihatdan o'zgargan funksional qavati **desidual parda** deb ataladi: bu pardani ko'chadigan shilliq parda deb ham atashadi, chunki tug'ruq vaqtida desidual parda ko'chib, bachadon bo'shlig'idan boshqa pardalar va platsenta bilan birga tushadi.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadon shilliq pardasi sekretor fazada bo'ladi: bezlari sekretga to'lgan, stroma hujayralari yumaloqlangan bo'lib, glikogen saqlanadi, funksional qavat spongioz (g'ovak) va kompakt qavatlariga bo'linadi. Spongioz qavat asosan bezlardan, kompakt qavat esa stromaning yumaloqlangan desidual hujayralaridan iborat, bezlarning chiqarish yo'llari shu hujayralar orasidan o'tadi.

Tuxum payvandlanib olgach bachadon shilliq pardasi qalin, suvli bo'lib, bezlari sekretga yanada to'lishadi, stroma hujayralari kattalashadi, ulardagi glikogen ko'payadi. Stromaning o'zgargan shu hujayralari **homiladorlikning desidual hujayralari** deb ataladi.



40-rasm. Ko'chib tushadigan (desidual) parda bo'laklari:

1—decidua parietalis; 2—decidua capsularis; 3—decidua basalis; 4—chorion frondosum; 5—chorion laeve; 6—amnion.

Kompakt qavatga suqilib kirgan tuxum hamma tomondan desidual parda elementlari bilan o'ralgan. Tuxumning vaziyatiga qarab desidual parda uch qismga bo'linadi (40-rasm):

1) decidua capsularis — tuxumni bachadon bo'shlig'i tomondan qoplovchi qismi;

2) decidua basalis — tuxum bilan bachadon devori o'rtasidagi qismi;

3) decidua parietalis — bachadon bo'shlig'ini qoplovchi jami shilliq (desidual) parda.

Homila tuxumi o'sgan sayin decidua capsularis bilan decidua parietalis cho'ziladi, yupqa tortadi va birbiriga yaqinlashadi. Homiladorlikning IV oyida homila tuxumi butun bachadon bo'shlig'ini egallaydi. Desidual pardaning shu ikki bo'limi birga qo'shilib, yanada ko'proq

yupqalashadi. Decidua basalis esa, aksincha, qalin tortib, unda ko'pgina tomirlar taraqqiy etadi. Ko'chuvchi pardaning shu qismi platsentaning onaga taalluqli qismiga aylanadi.

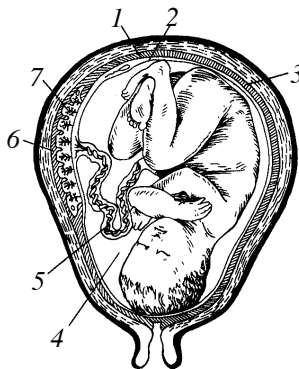
Vorsinkali parda (xorion) trofoblast bilan mezoblastdan taraqqiy etadi. Vorsinkalar avvaliga tomirsiz bo'lib, homiladorlik I oyining oxiridayoq ularga allantoisdan tomirlar o'sib kiradi.

Dastlabki vaqtda vorsinkalar homila tuxumining butun yuzasini bir tekis qoplaydi. Homiladorlikning II oyida xorionning *decidua capsularis*ga taqalib turgan qismidagi vorsinkalar atrofiyalana boshlaydi, homiladorlikning III oyida xorionning o'sha qismidagi vorsinkalar yo'qoladi, natijada xorion silliq bo'lib qoladi (*chorion laeve*). Xorionning *decidua basalis*ga taqalib turadigan qarama-qarshi tomonida – vorsinkalar sershox bo'lib o'sib chiqadi (*chorion frondosum*). Xorionning shu qismi platsentaga aylanadi.

Qog'onoq pardasi (amnion) berk xalta bo'lib, ichida qog'onoq suvi bilan o'ralgan homila turadi. Amnion xorionga yondoshib, platsentaning ichki yuzasini qoplaydi, kindikka o'tib, uni g'ilof kabi o'raydi va kindik sohasida murtakning tashqi qoplag'ichlariga tutashadi. Amnion yupqa parda bo'lib, mezenximadan hosil bo'lgan qo'shuvchi to'qima hujayralari bilan epiteliydan iborat.

Qog'onoq pardasi (amnion) homilaga eng yaqin turgan ichki pardadir. Desidual (ko'chuvchi) pardaga chegaradosh bo'lgan vorsinkali parda (xorion) qog'onoq pardasiga taqalib turadi (41-rasm).

Qog'onoq suvi (amnion suyuqligi). Amnion bo'shlig'idagi suyuqlik-qog'onoq suvi homiladorlikning oxirgi oylarida 1–1,5 l ga yetadi. Qog'onoq suvi (homila atrofidagi suv) amnion eliteliysining sekretsiyasi natijasida hosil bo'ladi; ehtimol, ona qon tomirlaridan suyuqlik sizib o'tishi va homila buyraklarining ishlashi natijasida ham qisman hosil bo'lishi mumkin. Qog'onoq suviga epidermis tangachalari, teridagi yog' bezlarning mahsuli va homilaning mayin tuklari aralashgan bo'ladi.



41-rasm. Bachadonda pardalarning joylashuvi (sxema):

1—chorion laeve; 2—amnion; 3—qo'shilib ketgan decidua capsularis bilan decidua parietalis; 4—amnion bo'shlig'i; 5—kindik; 6—decidua basalis; 7—chorion frondosum.

Qog'onoq suvining tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qand va gormonlar (follikulin, gonadotrop gormon) bor.

Qog'onoq suvining fiziologik ahamiyati katta:

1) suv homilaning bemaolol harakatlanishi va taraqqiy etishi uchun sharoit tug'diradi, suv yetishmasligi homiladagi tug'ma majruhliliklarga sabab bo'ladi;

2) suv homilaning nozik organizmini noqulay tashqi ta'sirlardan saqlaydi;

3) suv kindikni homila gavdasi bilan bachadon devori o'rtasida qisilib qolishdan saqlaydi (kindikning qisilishi natijasida homila nobud bo'lishi mumkin);

4) qog'onoq suvi bilan to'la homila pufagi tug'ruq vaqtida bachadon bo'yni ochilish davrining normal o'tishiga yordam beradi.

PLATSENTA (placenta)

Platsenta⁴ homilaning nafas olishi, oziqlanishi va homilada modda almashishi natijasida hosil bo'lgan ortiqcha moddalarni chiqarib yuborishga yordam beradigan eng muhim organdir. Platsenta o'pka, hazm a'zolari, buyrak, teri va boshqa a'zolarining funksiyasini ham bajaradi. Platsentada gonadotrop gormonlar, estrogen gormonlar va progesteron hosil bo'ladi: unda gidrokortizon, bo'y o'stiradigan gormon, adrenokortikotrop va boshqa gormonlar ham borligi aniqlangan.

Platsentaning to'qimasida oqsillar, uglevodlar, lipidlar, fosfatidlar, vitaminlar, mikroelementlar, temir va boshqa moddalar bor.

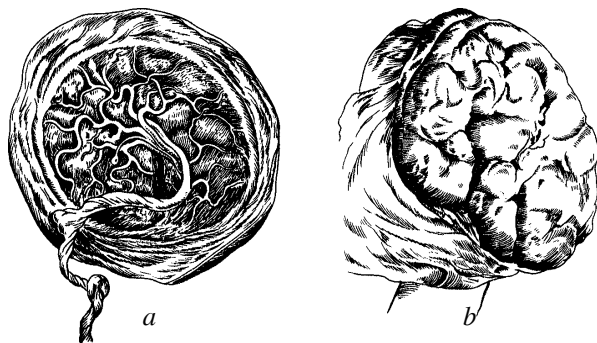
Platsentaning tashqi yopqichi protoplazmatik massa qavati (bu yopqichda hujayralar qobig'i bo'lmaydi) bo'lib, unda yadrolar joylashadi. Bu qavat **sinsitiy** deb ataladi. Ana shu qavat desidual pardaning hujayralarini va tomirlarini eritish xususiyatiga ega. Sinsitiy tagida Langxans hujayralari qavati yoki sitotrofoblast joylashadi.

Ba'zi vorsinkalar *decidua basalis*ga o'sib kirib, desidual hujayralarni va tarvaqaylab ketgan keng tomirlarni eritib yuboradi. Bu vorsinkalar platsentaning onaga va homilaga taalluqli qismlarini bir-biriga bog'laydi (biriktiruvchi vorsinkalar). Juda mayda vorsinkalardan ko'pchiligi vorsinkalararo bo'shliqda erkin holda tugaydi va shu joyda oqib turgan qonda muallaq holda suzib yuradi. Platsentaning

⁴ Platsenta — yo'ldoshning faqat bir qismi, shuning uchun uni «yo'ldosh» bilan almashtirish yaramaydi. U bola o'rni deb ham ataladi.

onaga taalluqli qismidagi tomirlar sinsitiy bilan yemirilishi natijasida vorsinkalarni o‘rab turgan qon shu tomirlardan oqib chiqadi. Vorsinkalarni o‘rab turgan platsentaning onaga taalluqli yuzasidagi tomirlarni sinsitiy tomonidan yemirilishi natijasida oqib chiqadi va to‘planadi (42-rasm).

42-rasm. Platsenta:
a – homilaga qaragan yuzasi;
b – onaga qaragan yuzasi.



Platsentaning tashqi ko‘rinishi yumaloq, qalin, yumshoq kulchaga o‘xshaydi. Homiladorlik oxirida va tug‘ruqqa yaqin platsenta diametri 15–18 sm, qalinligi 2–3 sm, vazni 500–600 g ga yetadi. Platsentaning ikkita yuzasi bor: bir yuzasi bachadon devoriga qaragan bo‘lib, onaga tegishli yuz deyiladi, ikkinchi yuzasi ichkariga, amnion bo‘shlig‘iga qaragan bo‘lib, homila yuzasi deb ataladi (42-rasm). Homilaga qaragan yuzasi silliq, yaltiroq qog‘onoq pardasi bilan qoplangan. Shu pardaning ostidan xorionga tomirlar o‘tadi, bu tomirlar kindik yopishgan joydan platsenta periferiyasiga tomon radial yo‘l oladi.

Platsentaning onaga qaragan yuzasi och kulrang-qizil bo‘lib, bir qadar chuqur egatlar bilan pallachalar (kotiledonlar) ga bo‘lingan. Platsentaning asosiy qismini tashkil etuvchi sertarmoq vorsinkalarni qoplaydigan yupqa desidual parda platsentaning onaga tegishli yuzasiga och kulrang tus beradi. Platsenta odatda bachadon oldingi yoki orqa devorining yuqori bo‘limiga yopishadi; bachadonning tubiga va naylarining burchaklariga platsenta yopishuvi kam uchraydi.

KINDIK

Qorin oyoqchasi orqali o‘tib, embriondan xorionga tomirlarni o‘tkazuvchi allantoisdan, kindik tizimchasi (*funiculus umbilicalis*) yoki kindik hosil bo‘ladi; sariqlik pufagining qoldiqlari kindik kurtagining tarkibiga kiradi.

Kindik tizimchaga o'xshash tuzilma bo'lib, undan ikkita arteriya bilan bitta vena qon tomiri o'tadi, bu tomirlar qonni homiladan platsentaga va platsentadan homilaga o'tkazadi. Kindik arteriyalari orqali homiladan platsentaga venoz qon boradi; platsentada kislorod bilan boyigan arterial qon kindik venasi orqali homilaga keladi. Kindik tomirlari Varton dirildog'i bilan o'ralgan. Bu dirildoq moddada embrional qo'shuvchi to'qima hujayralari joylashadi. Kindik tomirlari buralib-buralib yotadi, shuning uchun kindik tizimchasi uzunasiga buralganga o'xshaydi. Kindik tashqaridan yupqa parda bilan qoplangan, bu parda amnionning davomi hisoblanadi. Kindik homila gavdasini platsentaga birlashtirib turadi, bir uchi homilaning kindik sohasiga, ikkinchi uchi platsentaga yopishgan. Kindik platsentaning markazidan, bachadon yonidan yoki chetidan yopishadi. Ayrim hollarda kindik platsentaga yetib bormay, homila pardalariga yopishadi, bunda kindik tomirlari platsentaga homila pardalari orasidan boradi.

Kindik uzunligi va yo'g'onligi ona qornidagi homilaning yoshiga qarab farq qiladi; odatda kindikning uzunligi qorindagi homilaning uzunligiga mos keladi. Yetilgan homila kindigining uzunligi o'rta hisobda 50 sm, diametri qariyb 1,5 sm, lekin kindik ko'pincha uzunroq (60–80 sm) yoki kaltaroq (35–40 sm) bo'ladi; Varton dirildog'ining miqdoriga qarab, kindikning yo'g'onligi ham har xil.

Yo'ldosh: 1) platsenta, 2) kindik va 3) qog'onoq pardasi, vor-sinkali parda va desidual (ko'chadigan) pardadan birgalikda chiqadi. Homila tug'ilgandan keyin yo'ldosh tushadi (tug'iladi).

Homilaning oziqlanishi

Hazm bezlari va a'zolari ona qornidagi hayot davridayoq ishlay boshlaydi. Homiladorlikning IV–V oyida jigar glikogenni sintez qiladi va o't-safro ishlab chiqaradi, homila ichagidagi ibtidoiy axlat (mekoniy) hosil bo'ladi. Mekoniyda suv, o't-safro, ichga yutilgan tuk, homila terisidagi epidermis tangachalari va yog' bezlarining sekreti bor, mekoniy tashqi ko'rinishda quyuk sarg'ish massadan iborat. Homilaning me'da-ichak yo'lidan hazm fermentlari topilgan.

Ammo platsenta ona qornidagi homilaning hazm a'zolari funksiyasini o'taydi. Oziq moddalar homilaga ona organizmidan platsenta orqali yetib boradi. Platsentadan ishlanib chiqqan fermentlar oziq moddalarni parchalaydi. Ona qonidagi oqsillar, yog'lar va uglevodlar

platsenta vorsinkalarida ushlanib qolib, fermentlarning murakkab ta'siriga uchraydi va homila organizmining o'zlashtirishi uchun yaroqli holatda unga o'tadi. Oqsil va uglevodlarning parchalanishidan hosil bo'ladigan ba'zi moddalar (aminokislotalar, glukoza), shuningdek anorganik tuzlar va suv platsenta orqali diffuz yo'li bilan o'tadi. O'sayotgan homila organizmining rivojlanishi va hayot faoliyati uchun zarur moddalar – vitaminlar ham platsenta orqali onadan homilaga o'tadi.

Shunday qilib, homilaning rivojlanishi ona organizmidan keladigan oziq moddalarga butunlay bog'liq. Modomiki shunday ekan, homiladorlik vaqtida to'g'ri ovqatlanish ona organizmi uchungina emas, qornida o'sayotgan homilasi uchun ham g'oyat muhim ahamiyatga egadir. Hadeb bir xil ovqat yeyish yoki yetarlicha ovqatlanmaslik natijasida homila noto'g'ri rivojlanishi va hatto nobud bo'lishi mumkin. Homilador ayol organizmida vitaminlar yetishmaganda ham homilaning rivojlanishi buzilishi va bola tushishi mumkin.

Homilaning chiqarish funksiyalari

Oqsillar, yog'lar, uglevodlar almashinuvi natijasida hosil bo'ladigan moddalar (modda almashinuvining oxirgi ozuqalari – chiqindilar) homila organizmidan platsenta orqali ona qorniga o'tadi. Homilada modda almashinuvi chiqindilarini homilador ayolning chiqarish a'zolari, asosan, buyraklari ajratib chiqaradi. Homila buyraklari ona qornidagi hayotining VI–VII oyidan ishlay boshlaydi, ammo chiqarish funksiyasi hali sust bo'ladi. Ona qornidagi hayotning oxiriga yaqin homiladan qog'onoq suviga picha siydik chiqadi, deb taxmin qilishadi. Bola hatto chala tug'ilganda ham darrov siydik chiqaradi.

Homilaning rivojlanishi uchun zarur bo'ladigan gormonlar platsentada ishlab chiqilib, onadan homilaga o'tib turadi. Bu davrda homilaning ichki sekretsiya bezlari faoliyat ko'rsatmaydi. Homilaning ichki sekretsiya a'zolari ishlay boshlagach, ulardan chiqadigan gormonlar platsenta orqali ona organizmiga o'tadi. Homilaning me'da osti bezidan chiqadigan gormon (insulin) diabetli ona organizmiga o'tib, bu kasallikning o'tishini aksari yengillashtirishi aniqlangan.

Platsenta ko'pgina kimyoviy moddalarni o'tkazib yuborishini qayd qilib o'tmoq kerak. Ona organizmidan homilaga simob, mishyak, fosfor, yod, brom, mis, uglerod (II)-oksid (is gazi), xloroform, efir, alkogol, nikotin, morfin, xinin, atropin, xloral-

gidrat, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, yurakka ta'sir etadigan dorilar va boshqa moddalar o'tadi.

Shu moddalardan ko'pchiligi (morfin, alkogol, nikotin, simob, mishyak va hokazo) hatto ozgina iste'mol qilinganda ham homilaga zaharli ta'sir ko'rsatadi, buni homilador ayollarga ovqatlanish, turmush va mehnat rejimini tavsiya etganda va kasalliklarni davolaganda esda tutish muhim.

Platsenta odatda mikroorganizmlarni ushlab qoladi, lekin ayniqsa platsenta o'zgarganda (vorsinkalar epiteliysining distrofiyasi va zararlanishi, infarktlar, qon quyilishi) patogen mikroblar, jumladan yuqumli kasalliklarning mikroblari homilaga o'ta oladi.

Gripp, qizamiq, qizilcha, sitomegalovirus va boshqa kasalliklarning viruslari platsenta orqali homilaga o'tadi. Ana shu viruslar qorindagi homilaning kasallanishiga olib keladi, bu kasalliklar esa homilani hatto, nobud bo'lishiga sabab bo'ladi, homiladorlik ko'pincha barvaqt to'xtaydi (bola tushadi).

ONA QORNIDAGI HAYOTNING AYRIM OYLARIDAGI HOMILA

Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisob qilganda o'rta hisob bilan 280 kun yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi (akusherlar hisobidagi oy 28 kun; akusherlarning 10 oyi 40 hafta). Shu davr mobaynida tuxumhujayra urug'lanib, undan homila yetiladi, bu tug'ilgan homila yashab keta oladi.

I oy ichida tuxum bo'linadi, murtak va embrional pardalar hosil bo'ladi.

II oy oxirida homilaning bo'yi 3–3,5 sm, tanasi shakllangan, qo'l oyoq kurtaklari bor, boshi tanasining uzunligiga baravar keladi, boshida ko'z, burun, og'iz kurtaklari aniqlanadi.

III oy oxirida homilaning bo'yi 8–9 sm, vazni 20–25 g, boshi kattagina, jinsiy a'zolar tuzilishidagi tafovut sezilarli, qo'l oyoqlari harakatlanadi, barmoqlari aniqlanadi.

IV oy oxirida homilaning bo'yi 16 sm, vazni 120 g, yuzi shakllangan, qo'l oyoq harakatlari faolroq bo'ladi-yu, onasiga sezilmaydi, jinsi ro'y-rost ajratiladi (43-rasm).

V oy oxirida homilaning bo'yi 25–26 sm ga yetadi, vazni 280–300 g bo'ladi. Terisi qizil, tuk bosgan. Yog' bezlaridan yog' moddasi ajralib chiqa boshlaydi, bu modda epidermis qazg'oqlariga

aralashib, pishloqqa o‘xshash surtma (*vernix caseosae*)ni hosil qiladi. Ichakda mekoniy hosil bo‘ladi. Homilaning harakatlari onasiga seziladi. Homilador ayolning qorniga quloq tutib ko‘rilsa, homilasining yuragi urayotganini eshitish mumkin.

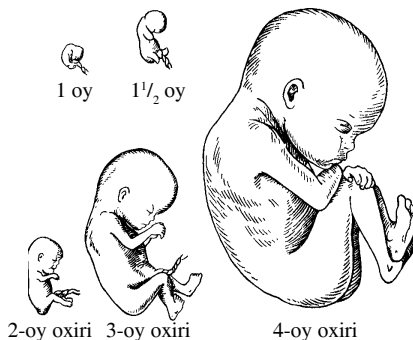
VI oy oxirida homilaning bo‘yi 30 sm, vazni 600–680 g, harakatlari chaqqon, homila tirik tug‘ilishi mumkin, nafas harakatlari bajariladi, tug‘ruqdan keyin alohida yaxshi parvarish qilinsa yashab ketishi mumkin, aks holda tez o‘lib qoladi.

VII oy oxirida homilaning bo‘yi 35 sm, vazni 1000–1200 g. Teri ostidagi yog‘ qavati yupqa, terisi burishgan, pishloqsimon surtma bilan qoplangan, butun badanini tuk bosgan. Quloq va burun tog‘aylari yumshoq, qo‘l oyoq tirnoqlari barmoqlarining uchlarigacha yetmaydi. O‘g‘il bolalarning moyaklari yorg‘oqqa tushmagan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari katta jinsiy lablar bilan berkilgan emas. Homila tirik tug‘ilib nafas oladi. Homiladorlikning VII oyi yoki 28 haftasi o‘tgach homila chala (yetilmagan) hisoblanadi-yu, yashay oladi, ammo shu muddatda tug‘ilgan bolalar juda sinchiklab parvarish qilinsagina yashab qolishi mumkin.

VIII oy oxirida homilaning bo‘yi 40 sm, vazni 1500–1600 g, homila tug‘ilgach yashab ketishi uchun maxsus parvarishni talab qiladi.

IX oy oxirida homilaning bo‘yi 45 sm, vazni 2400–2500 g, teri ostidagi yog‘ qavati qalin tortadi, terisi silliq, pushti rang, badanidagi tuk kamaygan, boshidagi sochi o‘sgan. Bu muddatda tug‘ilgan bola yashab ketadi.

X oy oxiriga kelib chalalik (yetilmaganlik) belgilari yo‘qoladi, homila yetilib tug‘iladi. Homila akusherlar hisobicha X oy oxirida yetiladi. Homilaning oy-kuni yetib tug‘ilishi yetilish darajasiga ba‘zan mos kelmaydi. Rivojlanish sharoiti noqulay bo‘lganda (onaning kasalligi, yaxshi ovqatlanmasligi va hokazo) oy-kuni yetib tug‘ilgan bolada ham yetilmaslik belgilari bo‘lishi mumkin. Ba‘zan teskarisi ham bo‘ladi: bola muddatidan ilgariroq tug‘iladi, lekin yetilgan bo‘ladi.



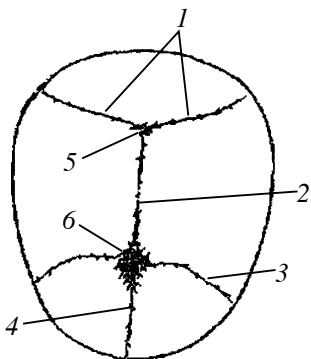
43-rasm. Qorindagi homila shakli va kattaligining ketma-ket o‘zgarib borishi.

YETILGAN HOMILANING BOSHI

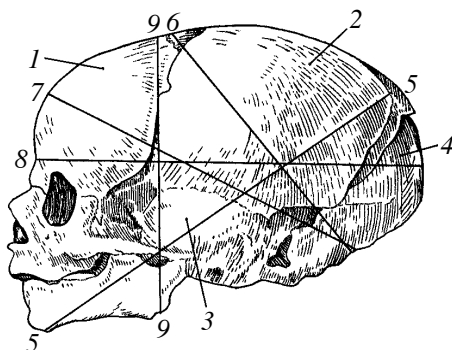
Akusherlikda homila boshining shaklini va kattaligini o'rganish, ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda (96%) homila boshi ketma-ket bir qancha harakatlar qilib (burilib), tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Ichki tekshirishda homila boshidagi suyak choklari va liqildoqlar (44-rasm) aniqlanadi, ularning qay tarzda joylashganiga qarab, tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritsa bo'ladi.

Yetilgan homila boshining bir qancha xususiyatlari bor. Homilaning yuz suyaklari mustahkam birlashgan, ammo kalla suyaklari orasida yoriqsimon choklar va liqildoqlar bor. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-biriga nisbatan siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homilaning kalla suyaklari osongina bukiladi. Homila kalla suyaklarining yuqorida aytilgan tuzilish xususiyatlariga ko'ra boshi **plastik** bo'ladi, ya'ni shaklini o'zgartira oladi, bu homila boshining tug'ruq yo'llaridan o'tishi uchun g'oyat muhim.

Homila kallasi ikkita peshona suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bittadan ensa suyagi, asosiy suyak va g'alvirsimon suyakdan iborat (45-rasm). Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor (44-rasm).



44-rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloq kallasi (yuqoridan ko'rinishi), undagi choklar va liqildoqlar:
1—lambdasimon chok; 2—o'q-yoysimon chok; 3—tojsimon chok; 4—peshona choki; 5—kichik liqildoq; 6—katta liqildoq.



45-rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloq kallasi:
1—peshona suyagi; 2—tepa suyak; 3—chakka suyak; 4—ensa suyagi; 5—katta qiyshiq o'lcham; 6—kichik qiyshiq o'lcham; 7—o'rta qiyshiq o'lcham; 8—to'g'ri o'lcham; 9—vertikal (tik) o'lcham.

O‘q yoysimon chok (*sutura sagittalis*) ikkala tepa suyaklari orasida joylashgan; bu chok oldingi tomonda katta liqildoqqa, orqa tomonda kichik liqildoqqa taqaladi.

Peshona choki (*sutura frontalis*) ikkala peshona suyaklarining orasida bo‘ladi; o‘q-yoysimon chok qay yo‘nalishda o‘tsa, peshona choki ham o‘sha yo‘nalishda o‘tadi.

Tojsimon chok (*sutura coronaria*) peshona suyaklarini tepa suyaklarga birlashtiradi, o‘q-yoysimon chok bilan peshona chokiga perpendikular joylashadi.

Lambdasimon chok, ensa choki (*sutura lambdoidea*) ensa suyagini tepa suyaklarga birlashtiradi.

Choklar birlashadigan sohada suyak to‘qimasidan xalos bo‘lgan oraliqlar – liqildoqlar ko‘rinadi. Bulardan katta liqildoq bilan kichik liqildoqning amaliy ahamiyati bor.

1. Katta oldingi liqildoq (*fonticulus magnus, anterior*) o‘q-yoysimon chok, peshona choki va toj chokning birlashgan joyida bo‘lib, romb shaklida. Katta liqildoqdan to‘rtta chok: oldingi tomonga – peshona choki, orqa tomonga – o‘q-yoysimon chok, o‘ng va chap tomonga – toj chokning tegishli bo‘limlari ketadi.

2. Kichik orqa liqildoq (*fonticulis minor, posterior*) o‘q-yoysimon chok bilan lambdasimon chok uchrashadigan kichkina chuqurchadir. Kichik liqildoq uchburchak shaklida bo‘lib, undan uchta chok: oldingi tomonga – o‘q-yoysimon chok, o‘ng va chap tomonlarga – lambdasimon chokning tegishli bo‘limlari ketadi.

Homila boshidagi do‘mboqlardan: ensa do‘mbog‘i, ikkita tepa do‘mbog‘i ikkita peshona do‘mbog‘ini bilish ahamiyatlidir.

YETILGAN HOMILA BOSHI VA TANASINING O‘LCHAMLARI

Yetilgan homila boshining quyidagi o‘rtacha o‘lchamlari tafovut qilinadi.

1. To‘g‘ri o‘lcham (*diameter fronto-occipitalis*) – burun qanshari (glabella)dan ensa do‘mbog‘igacha 12 sm ga teng. Boshning shu o‘lchamga mos aylanasi (*circumfrentio fronto-occipitalis*) – 34 sm.

2. Katta qiyshiq o‘lcham (*diameter mento-occipitalis*) – ensa do‘mbog‘idan engakkacha 13 sm ga teng. Boshning shu o‘lchamga mos keluvchi aylanasi – 35–36 sm.

3. Kichik qiyshiq o'lcham (*diameter suboccipito-bregmatica*) – ensa ostidagi chuqurchadan katta liqildoqning oldingi burchagigacha 9,5 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 32 sm.

4. O'rtadagi qiyshiq o'lcham (*diameter suboccipitofrontalis*) – ensa osti chuqurchasidan peshonaning sochli qismi chegarasigacha 10 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 33 sm.

5. Tik yoki vertikal o'lcham (*diameter verticalis, s.trachelo-bregmatica*) – tepa suyak uchidan til osti sohasigacha 9,5–10 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 33 sm.

6. Katta ko'ndalang o'lcham (*diameter biparietalis*) – tepa do'mboqlar o'rtasidagi eng olis masofa 9,5 sm ga teng.

7. Kichik ko'ndalang o'lcham (*diameter bitemporalis*) – toj chokning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa 8 sm ga teng.

Homila tanasining quyidagi o'lchamlari bor

1. Yelkalar o'lchami – yelka kamarining diametri (*diameter biacromialis*) 12 sm ga teng. Yelka kamarining aylanasi – 35 sm.

2. Chanoq sohasining ko'ndalang o'lchami (*diameter bisiliacus*) 9 sm ga teng. Aylanasi – 28 sm. Keyingi yillarda homilaning vazni va bo'yi bu ko'rsatkichlardan farq qilishi, ya'ni bolalar kattaroq tug'ilishi qayd etilmoqda. Bu vaziyat respublikamizda ovqatlanish, mehnat va turmush sharoitining tobora yaxshilanib borayotganligi, homilador ayollarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatining yaxshilanayotganligidan dalolat beradi.

Nazorat uchun savollar

1. Urug'lanish tushunchasi va jarayoni.
2. Tuxumhujayra va spermatazoidlarning tuzilishi.
3. Platsenta hosil bo'lishi, tuzilishi va uning funksiyasi.
4. Homilaning oziqlanishi haqida ma'lumot.
5. Homiladorlikning rivojlanish bosqichlari, turli oylarida homila, homila o'lchamlari.
6. Yetilgan homila boshi o'lchamlari.

VII BOB. HOMILADOR AYOL ORGANIZMIDAGI FIZIOLOGIK O'ZGARISHLAR

Ona qornida rivojlanayotgan homilaga kislorod, oqsillar, yog'lar, uglevodlar, tuzlar, vitaminlar va boshqa moddalar hafta sayin tobora ko'p talab qilinadi. Bu moddalarning hammasi homilaga ona organizmidan o'tib turadi, homiladagi modda almashinuv natijasida hosil bo'lgan chiqindilar ona qoniga o'tadi va uning chiqarish a'zolari orqali chiqib ketadi. Binobarin, homilador ayol organizmi qo'shimcha ish bajaradi, bu esa eng muhim tizim va a'zolar faoliyatining kuchayishini yoki qayta tuzilishini talab qiladi.

Homila rivojlanishiga aloqador bo'lgan yangi sharoit ta'siri bilan homilador ayol organizmida ko'pgina murakkab o'zgarishlar yuz beradi. Bular fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi, ayol organizmini tug'ruqqa va bola emizishga tayyorlab boradi.

Homiladorlikka aloqador o'zgarishlarning kelib chiqishi va taraqqiy etishini markaziy asab tizimi idora etadi.

O'sayotgan homila tuxumi bachadonning asab oxirlariga ta'sir etadi; ta'sirot asab yo'llari orqali markaziy asab tizimiga o'tadi. Markaziy asab tizimida tegishli reaksiyalar ro'y beradi; shu reaksiyalar ta'sirida turli a'zo va tizimlar faoliyati o'zgaradi.

Markaziy asab tizimidagi o'zgarishlar refleks yo'li bilangina emas, balki gormonlar ta'sirida ham kelib chiqadi. Bir qancha ichki sekret bezlarining faoliyati homiladorlik boshidanoq o'zgaradi. Shunga ko'ra, organizmda qon bilan aylanib yuruvchi gormonlar nisbati o'zgaradi. Bu gormonal o'zgarishlar ham asab tizimining va boshqa a'zolarining faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi.

ASAB TIZIMI

Homilador ayollarda bosh miya bilan orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi.

Homiladorlikning III–IV oyigacha bosh miya po'stlog'ining o'zgaruvchanligi kamayadi, so'ngra homiladorlik oxirigacha ortib boradi. Homiladorlik vaqtida markaziy asab tizimining pastroqdagi

bo'limlari va bachadon asablarining qo'zg'aluvchanligi pasayib turadi. Reflektor qo'zg'aluvchanlik shu tariqa pasayganidan, bachadon inert bo'lib, tinchlanadi, bu esa homiladorlikning tekis kechishiga yordam beradi.

Tug'ruqdan oldin orqa miya va bachadon asab elementlarining qo'zg'aluvchanligi oshadi, bu esa dard va to'lg'oq tutishiga imkon beradi.

Homiladorlik vaqtida bosh miya po'stlog'idagi tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlarining tavsifi o'zgaradi; bosh miya po'stlog'i va po'stloq ostidagi tuzilmalarning o'zaro munosabatlari ham o'zgargani qayd qilinadi. Vegetativ asab tizimining tonusi o'zgaradi. Shu o'zgarishlar munosabati bilan homilador ayollarda «bosh qorong'ilik» seziladi: uyqu bosadi, behollik bo'ladi, nordon va achchiq ovqatlarni ko'ngli tusaydi, ba'zi hidlarni ko'tarolmaydi, ko'ngli ayniydi, so'lagi oqadi, qayt qiladi, ichi qotadi, salga boshi aylanadi. Odatda, bu hodisalar homiladorlikning dastlabki oylarida ro'y berib, keyinchalik o'tib ketadi.

Homilador ayollarda periferik asablar qo'zgaluvchanligi oshadi, dumg'aza va belida nevrologik og'riqlar paydo bo'ladi, boldir muskullari tortishib qisqaradi. Bu o'zgarishlarning hammasi keyinchalik izsiz o'tib ketadi.

ENDOKRIN TIZIMI

Homiladorlikda ichki sekretiya a'zolari (endokrin bezlar) tizimida muhim o'zgarishlar ro'y beradi. Ayolning bo'yida bo'lishi bilananoq tuxumdonda yangi ichki sekretiya bezi – homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi, undan ishlanib chiqadigan gormon (progesteron) otalangan tuxumhujayraning bachadon shilliq pardasiga payvandlanishi va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishi uchun sharoit tug'diradi.

Homiladorlikning boshidan oxirigacha tuxumdonda follikulalar yetilmaydi va ovulatsiya ro'y bermaydi; sariq tana gormon chiqarib turgani tufayli bu jarayonlar to'xtaydi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida sariq tana teskari taraqqiy etib, uning funksiyalarini platsenta bajaradi.

Platsenta – faol ishlaydigan yangi ichki sekretiya a'zosidir. Gonadotrop va estrogen gormonlar, shuningdek, progesteron platsentada hosil bo'ladi va to'planadi.

Ayol organizmidagi gormonlarning miqdoriy nisbatlari homiladorlikning turli oylarida o'zgarib turadi.

Bachadonning qo'zg'aluvchanligini va qisqarish funksiyasini tormozlovchi gormonlar homiladorlikning birinchi yarmida ko'proq ishlanib chiqadi, bu esa homiladorlikning rivojlanishiga imkon beradi. Homiladorlikning keyingi oylarida estrogen gormonlar ko'payadi, shu munosabat bilan tug'ruqdan oldin bachadonning qo'zg'aluvchanligi oshadi.

Gipofiz. Homiladorlik davrida gipofizning oldingi bo'lagi atroflicha kattalashadi, chunki gormon chiqaruvchi hujayralar ko'payadi va gipertrofiyalanadi. Gipofizdan gonadotrop gormonlar, ayniqsa, homiladorlik sariq tanasining funksiyasini kuchaytiruvchi gormon ko'proq ishlab chiqiladi. Gipofizning oldingi bo'lagida, gonadotrop gormonlardan tashqari, sut bezlari, qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari po'stloq qavatining funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar va o'sish gormoni hosil bo'ladi. Homiladorlik vaqtida bachadonning va jinsiy apparatdagi boshqa a'zolarning o'sishi gipofiz oldingi bo'lagining kattalashuviga bog'liq. Gipofizning orqa bo'lagida oksitotsin ishlanib chiqadi, bu modda homiladorlik oxirida va tug'ruqda bachadonning qisqarish funksiyasini kuchaytiradi.

Qalqonsimon bez homiladorlikning dastlabki oylarida zo'r berib ishlaydi, homiladorlikning ikkinchi yarmida bu bez funksiyasi susayadi.

Qalqonsimon bez funksiyasining o'zgarishi homiladorlik vaqtida modda almashinuviga ta'sir ko'rsatadi.

Qalqonsimon bez oldidagi bezchalar (kalsiy almashinuviga ta'sir etadi) homiladorlik vaqtida juda ham zo'r berib ishlaydi. Homilador ayollar ba'zan tutqanoq va spazmlarga moyil bo'ladilar, buning sababi shuki, qalqonsimon bez oldidagi bezchalar funksiyasi susaygani uchun organizmda kalsiy tuzlari yetishmay qoladi.

Buyrak usti bezlari po'stloq qavatining qalin tortishi hisobiga kattalashadi. Buyrak usti bezlari po'stlog'ida hujayralar ko'payadi va lipidlar (yog' moddalar), ayniqsa, xolesterin ko'p to'planadi. Homiladorlikda qondagi lipidlarning ko'payishi va terining pigmentatsiyalanishi buyrak usti bezlari po'stlog'ining funksiyasiga bog'liq.

QON

Homiladorlik davrida qon ishlab chiqish jarayonlari kuchayadi, gemoglobin, eritrotsitlar, leykotsitlar soni, qon plazmasi va aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmi oshadi.

Qon massasi, eritrotsitlar va gemoglobin homiladorlikning dastlabki oylaridan boshlab ko'payadi va VII–VIII oylarigacha davom etadi; tug'ishdan oldin qon yaratilishi susayadi. Homiladorlikning oxirlariga kelib aylanib yuruvchi qon hajmi 35–40% ga oshadi, eritrotsitlar esa 15–20% ga ko'payadi. Sog'lom homilador ayollarda gemoglobin, eritrotsitlar, leykotsitlar soni normal bo'ladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi biroz tezlashgan bo'lishi mumkin.

YURAK-TOMIRLAR TIZIMI

Yurak-tomirlar tizimi homiladorlikda katta ish bajaradi, chunki yangi platsentar qon aylanish doirasi paydo bo'lib, bachadonning tomirlar shoxobchasi keskin darajada ko'payadi. Sog'lom homilador ayolning yuragi yangi sharoitga sekin-asta moslashib, qo'shimcha ishni bemalol uddalaydi. Homiladorlik vaqtida yurakning muskul elementlari gipertrofiyalanadi va qisqarish kuchi oshadi.

Kapillarlar devori suv, tuzlar va qon zardobining mayda dispers oqsillari – albuminlar o'tkazuvchanligi oshadi. Kapillarlar o'tkazuvchanligining ortishi homilador ayol to'qimalari bilan qon o'rtasida moddalar almashinuvini osonlashtiradi.

Qon bosimi homiladorlikning boshidan oxirigacha aksari normal bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida ba'zi ayollarning qon bosimi bir xilda turmaydi, so'nggi oylarda qon bosimi picha ko'tarilishga moyil bo'ladi, lekin normal homiladorlikda maksimal arterial bosim 125–130 mm simob ustunidan oshmaydi, tomir urish tezligi (puls) o'zgarmaydi.

Qayta homilador bo'lgan ayollarda ba'zan oyoq yuzaki venalari kengayishi kuzatiladi, kichik chanoq a'zolarida qon dimlanib qolishi sababli gemorroidal tugunlar paydo bo'lishi mumkin.

HAZM A'ZOLARI

Homiladorlikning dastlabki 2–3 oyida ko'pchilik ayollarda bosh qorong'ilik kuzatiladi: ko'ngli ayniydi, ayniqsa ertalab qusadi. Ta'm va hid bilish sezgilari o'zgaradi, ba'zan ovqatlardan ko'ngli qoladi, ayrim ovqatlarni va ba'zan bo'r, gilmoya kabi (yeb bo'lmaydigan) moddalarni ko'ngli tusaydi.

Homiladorlikning III oyi oxirida yoki IV oyida, ba'zan bundan kechroq bosh qorong'ilik yo'qolib ketadi. Hazm bezlarining funksiyasi buzilmaydi; ko'pincha ichak tonusi susayib, ich qotadi.

Homilali bachadon o‘sgan sayin ichak yuqoriga va ikki yon to-monga suriladi; homila yirik bo‘lganda, egiz homiladorlikda va qog‘onoq suvi ko‘p bo‘lganda me‘da va xatto jigar ancha yuqoriga suriladi.

Jigar moddalar almashinuvining hamma turlarini boshqarishda qatnashadi va oraliq almashinuvda hosil bo‘ladigan zaharli mod-dalarni zararsizlantiradi. Homiladorlik vaqtida jigar funksiyasining kuchayishiga, modda almashinuvi o‘zgarishi sabab bo‘ladi.

Bundan tashqari, homilada modda almashinuvda hosil bo‘-ladigan zaharli moddalar ham ona organizmiga o‘tib, uning jigarida zararsizlantiriladi.

NAFAS A‘ZOLARI

Homiladorlik vaqtida kislorodga ehtiyoj oshgani munosabati bilan o‘pka zo‘r berib ishlaydi. Homiladorlik oxiriga yaqin bacha-don diafragmani yuqoriga surib qo‘yganiga qaramay, ko‘krak qafasi kengayishi hisobiga o‘pkaning nafas yuzasi kichraymaydi. Homila-dorlik oxirida nafas olish bir qadar tezlashadi.

SIYDIK CHIQRISH A‘ZOLARI

Homiladorlik vaqtida buyraklarga zo‘r keladi, chunki bu a‘zo-lar ayolda va qorindagi homilada modda almashinuv chiqindilarini organizmdan chiqarib yuboradi. Homiladorlikning so‘nggi oylarida siydikda oqsil yuqi paydo bo‘lishi mumkin. Oqsil miqdorining 1 / siydikka 1 mg dan to‘g‘ri kelishi homiladorlik gestozi degan jiddiy patologiya ro‘y berganligini ko‘rsatadi.

Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon qovuqni qisib qo‘ygani uchun ba‘zi ayollarning tez-tez siygisi qistaydi.

Homiladorlikning so‘nggi oylarida qovuq cho‘zilib, yuqoriga suriladi, siydik chiqarish kanali (uretra) cho‘ziladi va rostlanadi; siydik yo‘llari (ureterlar)ning tonusi pasayadi, diametri kengayadi. Homiladorlik oxirida homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalib turadi, shu munosabat bilan qovuq qisilib, tez-tez siygi qistashi mumkin.

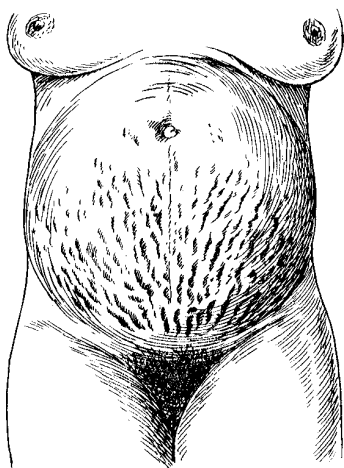
TERI

Homiladorlikda teri o‘ziga xos o‘zgaradi. Ko‘pincha badanning muayyan joylariga, qorinning oq chizig‘i bo‘ylab, emchak uchida



46-rasm. Homilador ayol yuzidagi pigmentli dog'lar.

anchagina cho'zilganda homiladorlik chandiqlari (*striae gravidarum*) paydo bo'ladi (47-rasm).



47-rasm. Homiladorlik chandiqlari.

o'zgaradi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida kindik tekislanib qoladi, X oyda do'ppayib chiqadi.

va uning atrofidagi doirada jigarrang yoki kofe rang bo'yoq moddasi – pigment to'planadi. Ayniqsa peshonada, burun qan-sharida va yuqori labda pigmentli dog'lar (*Chloasma uterinum*) ko'p qayd qilinadi (46-rasm). Qorachadan kelgan ayollarda pigmentatsiya yaqqolroq seziladi.

Pigment hosil bo'lishi buyrak usti bez-larining po'stloq qavati bilan gipofiz funk-siyasining o'zgarishiga bog'liq.

Homilali bachadon o'sgan sayin qorin devori sekin-asta cho'ziladi. Terisi yetarlicha elastik bo'lmagan ayollarning qorin devori shuvchi to'qima elementlari bilan elas-tik tolalarning bir-biridan qochishi na-tijasida vujudga keladi. Tolalar bir-biri-dan qochgan joylarda terining Malpigi qavati epidermis orqali ko'rinib turadi. Homiladorlik chandiqlari pushti, qiz-g'ish yoki ko'kimtir-qizil hoshiyalarga o'xshaydi. Ular aksari qorin terisida, ba'zan sut bezlari va son terisida bo'ladi. Homiladorlik chandiqlari tug'-ruqdan keyin yaltiroq oq hoshiyalarga o'xshab qoladi. Keyingi homiladorlikda yangi qizg'ish-ko'kimtir hoshiyalar paydo bo'lishi, avvalgi homiladorlik-niing oqargan eski chandiqlari ayni vaqtda saqlanib turishi mumkin.

Homiladorlik vaqtida kindik sohasi

JINSIY A'ZOLAR

Bachadon homiladorlikning boshidan oxirigacha kattalashib bo-raveradi. Homilasiz bachadonning bo'yi 7–8 sm bo'lsa, homila-

dorlik oxiriga yaqin 38 sm ga yetadi. Diametri 4–5 sm dan 25–26 sm ga yetadi. Homilasiz bachadonning vazni 50–100 g bo'lsa, homiladorlik oxirida 1000–1200 g ga yetadi. Homiladorlik oxirida bachadon bo'shlig'ining hajmi 500 baravar kattalashadi. Bachadon, asosan, muskul tolalarining gipertrofiyasi (cho'zilishi va yo'g'onlashuvi) va giperplaziyasi (miqdor jihatidan ko'payishi) hisobiga kattalashadi.

Har bir muskul tolasi taxminan 10 baravar uzayadi va 4–5 baravar yo'g'on tortadi; ayni vaqtda, muskul tolalari ko'payadi va yangi hosil bo'lgan muskul elementlari o'sadi.

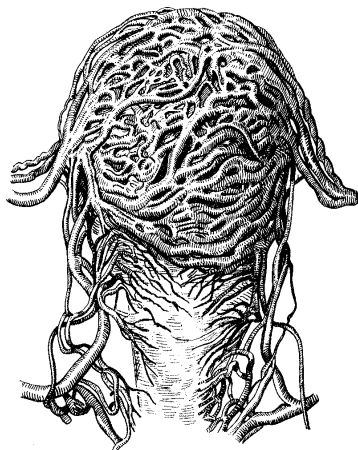
Muscul tolalarining giperplaziyasi homiladorlikning, asosan, birinchi yarmida ro'y beradi, keyingi oylarida esa bachadon ichida o'sayotgan homila, uning pardalari va qog'onoq suvining bachadon devorlari cho'zishi hisobiga kattalashadi.

Bachadonning qo'shuvchi to'qimasi o'sadi va yumshaydi. Elastik tolalari ko'payadi. Bachadon shilliq pardasi katta o'zgarishlarni boshidan kechirib, desidual (ko'chadigan) pardaga aylanadi.

Bachadon tomirlar shoxobchasi ancha kattalashadi. Arteriyalari va venalari cho'ziladi, kengayadi; ayniqsa venalar kengayadi. Arteriyalar buralib, ayrim joylari shtoporga o'xshab turadi, bu esa bachadon qisqarayotganda kattaligining o'zgarishiga, arteriyalarning moslanishiga yordam beradi (48-rasm). Homiladorlik vaqtida bachadon tomirlaridan bir necha bor ko'proq qon o'tadi.

Homilali bachadonning asab elementlari gipertrofiyalanadi, limfa tomirlari uzayadi va kengayadi, bachadonning seroz pardasi kattalashadi. Homilali bachadon devorida muskullarni qisqartiruvchi oqsil (aktomiozin), kalsiy, glikogen va fosfokreatinin (tug'ruq vaqtida bachadonning qisqarishi uchun zarur moddalar) ko'payadi.

Bachadon naylari (tuxum yo'llari) yo'g'on tortadi, to'qimalar giperemiyasi va seroz suyuqlikni shimishi tufayli to'yinib, sersuv bo'lib turadi. Bachadon o'sgan sayin tuxum yo'llari tobora tik bo'lib, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning yon qismlari bo'ylab osilib turadi.



48-rasm. Homilali bachadonning qon tomirlari.

Tuxumdonlar birmuncha kattalashib, yumshoq bo‘lib qoladi, ularda ovulatsiya to‘xtaydi; tuxumdonlardan birida homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi. Bachadon o‘sgani tufayli tuxumdonlar kichik chanoqdan yuqoriga ko‘tarilib, qorin bo‘shlig‘ida (bachadonning yon yuzasi yaqinida) joylashadi.

Bachadon **boylamlari** uzayadi va yo‘g‘onlashadi. Bachadonning yumaloq boylamlari va dumg‘aza-bachadon boylamlari, ayniqsa, ko‘p gipertrofiyalanadi, shu tufayli bachadon tug‘ruq vaqtida to‘g‘ri vaziyatini saqlab turadi. Bachadonning yumaloq boylamlari qorin devori orqali paypaslanganda qo‘lga tortma shaklida seziladi. Yumaloq boylamlarning joylashuviga qarab, platsentaning yopishgan joyini bilish mumkin. Platsenta bachadonning oldingi devoriga yopishgan bo‘lsa, yumaloq boylamlar bir-biriga parallel holda yotadi yoki pastga tomon bir-biridan uzoqlashadi, platsenta bachadonning orqa devoriga yopishgan bo‘lsa, yumaloq boylamlar pastga tushishda bir-biriga yaqinlashib boradi.

Homiladorlik vaqtida **chanoq kletchatkasi** yumshoq, sersuv, salga cho‘ziluvchan bo‘ladi.

Qinda homiladorlik munosabati bilan katta o‘zgarishlar sodir bo‘ladi. Qin devorlarining qon bilan ta‘minlanishi keskin darajada kuchayadi, qin devorlarining hamma qavatlariga seroz suyuqlik shimiladi. Qin devorlari yumshab, sersuv va oson cho‘ziluvchan bo‘ladi. Qin shilliq pardasi ko‘kintir tusga kiradi. Homiladorlik vaqtida qindagi muskul tolalari va qo‘shuvchi to‘qima elementlarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi ro‘y beradi. Shu munosabat bilan qin cho‘ziladi, kengayadi, shilliq parda burmalari baralla sezilib turadi.

Qin devorlari yumshaganligidan shilliq pardasining so‘rish xususiyati oshadi. Shu sababli homiladorlik vaqtida zaharli moddalar (masalan, sulema) eritmasi bilan qinni chayish, osarsol va boshqa toksik (bakteritsid) moddalarni qinga kiritish, ayniqsa, xavfli.

Tashqi jinsiy a‘zolar homiladorlik vaqtida yumshab, qin kirish qismining shilliq pardasi ko‘kintir tus oladi. Takror bo‘yida bo‘lgan ayollarning tashqi jinsiy a‘zolarida ba‘zan varikoz tugunlar paydo bo‘ladi.

SUT BEZLARI

Sut bezlarining rivojlanishi balog‘atga yetish davrida boshlanib, jinsiy gormonlar ta‘sirida ro‘y beradi.

Homiladorlik vaqtida sut bezlari sut chiqarishga tayyorlanadi. Sut bezlarining bez bo‘lakchalari kattalashadi, alveolalar epiteliysida juda mayda yog‘ zarralari paydo bo‘ladi. Sut bezlariga qon ko‘proq keladi, teri ostidagi venalari kengayib, nozik teri orqali ko‘rinib turadi. Sut bezlari taranglashib, ko‘pincha tirsillayotgandek seziladi. So‘rg‘ich o‘sib, atrofidagi to‘garakcha bilan birga pigmentatsiyalanadi. So‘rg‘ich atrofidagi bezlar (Mongomeri) yaqqol bo‘rtib turadi. So‘rg‘ichdagi silliq muskullar qo‘zg‘aluvchanligi oshadi, u mexanik yo‘l bilan ta’sirlanganda muskullar qisqaradi, atrofidagi doira kichrayadi, ko‘proq turtib chiqib turadi.

Homiladorlik boshlaridayoq sut bezlaridan og‘iz suti tomchilarini siqib chiqarsa bo‘ladi.

Platsenta gormonlari va gipofizning oldingi bo‘lagidan chiqadigan laktogen gormon ta’sirida sut bezlari sut chiqarishga (laktatsiyaga) tayyorlanadi.

Shunday qilib, homiladorlik munosabati bilan ayollar organizmida ro‘y beruvchi o‘zgarishlarning hammasi fiziologik o‘zgarishlardir. Bu o‘zgarishlar homilador ayol organizmiga ziyon yetkazmasdan, homilaning to‘g‘ri rivojlanishiga yordam beradi. Bundan tashqari homiladorlik ayol organizmini yashnatadi.

Nazorat uchun savollar

1. Homiladorlik tufayli endokrin tizimida ro‘y beradigan o‘zgarishlar.
2. Homiladorlik davrida qon ishlab chiqarilishi.
3. Yurak-tomirlar tizimidagi o‘zgarishlar.
4. Siydik chiqarish tizimi a‘zolaridagi o‘zgarishlar
5. Jinsiy a‘zolar va sut bezlarida ro‘y beradigan o‘zgarishlar.

VIII BOB. HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASI

HOMILADOR AYOLLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Akusherning asosiy va kundalik vazifalaridan biri diagnostikaga aloqador bir qancha masalalarni aniqlab olish maqsadida homilador ayollarni tekshirishdir. Ayolning avvalo bo'yida bo'lgan-bo'lmaganini aniqlash zarur. So'ngra homiladorlik muddati, tug'ruqgacha qachon ta'til berilishi va ayolning taxminan qachon tug'ishi aniqlanadi.

Tekshirish vaqtida homiladorlikning normal o'tayotgani yoki homiladorlikning davom etishiga va tug'ruqning kechishiga salbiy ta'sir qilishi mumkin bo'lgan kasalliklar, asoratlar bor-yo'qligi aniqlanadi.

Homiladorlikni aniqlashda ayoldan so'rab olinadigan ma'lumotlar (anamnez) va obyektiv tekshirish ma'lumotlaridan foydalaniladi.

Akusherlik amaliyotida obyektiv tekshirishning quyidagi usullari qo'llaniladi.

1. Tibbiyotda umuman qabul qilingan klinik tekshirish usullari (ayolni ko'zdan kechirish, ichki a'zolarini perkussiya, auskultatsiya, palpatsiya qilish va boshqa usullar).

2. Maxsus tekshirish usullari. Akusherlikda qo'llaniladigan maxsus tekshirish usullari: a) ichki (qin orqali) va tashqi-ichki tekshirish, b) ko'zguna yordamida tekshirish, d) homilani paypaslab ko'rish (palpatsiya), e) chanoq o'lchamlari va shaklini aniqlash, f) qorindagi homilani o'lchash va hokazo.

3. Homiladorlikda uchrashi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlamoq uchun laboratoriyada tekshirish usullari (siydik va qonni tekshirish, serologik reaksiyalar va hokazo) qo'llaniladi.

HOMILADOR AYOLLARNI SO'RAB-SURISHTIRISH

Homilador ayoldan so'rab bilishda muayyan rejaga amal qilindi. So'rab aniqlangan ma'lumotlarning hammasi homilador ayol kartasiga yoki tug'ruq tarixiga yozib qo'yiladi.

1. Pasport ma'lumotlari: familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, ishlaydigan joyi, kasbi, yashaydigan joyi aniqlanadi.

Yosh to'g'risidagi savolning katta ahamiyati bor, chunki juda yosh va juda kekxa bo'la turib birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollar-da homiladorlik va tug'ruq ko'pincha og'ir kechadi.

2. Hayz ko'rish funksiyasi. Ayoldan so'rab bilganda: a) qaysi yoshida birinchi marta hayz ko'rganligi va qancha vaqtdan keyin normal sikl qaror topganligi, b) hayz ko'rish tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, uning davomiyligi, qancha qon yo'qotishi, og'riqli kechishi va hokazo), d) jinsiy hayot boshlangach, avvalgi tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funksiyasi o'zgargan-o'zgarmaganligi, e) so'nggi marta qachon hayz ko'rganligi aniqlanadi. Hayz ko'rish funksiyasi ayol jinsiy apparatining va butun organizmining qanday ahvolda ekanligidan dalolat beradi. Ayolning birinchi marta 16–17 yoshda va bundan ko'ra kechroq hayz ko'rganligi, birinchi hayz ko'rishdan normal sikl qaror topguncha uzoq (5 oydan ko'proq) vaqt o'tganligi, hayz ko'rish kunlari og'riq sezilishi jinsiy a'zolarining yetilmaganligidan darak beradi.

Jinsiy hayot boshlangach, tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funksiyasining buzilishi ko'pincha ichki jinsiy a'zolarining yallig'langanligini yoki tuxumdonlar funksiyasi o'zgarganligini ko'rsatadi.

3. Sekretor va jinsiy funksiya. Jinsiy yo'llardan chiqindi kelish-kelmasligini aniqlash ham muhim diagnostik ahamiyatga ega. Patologik chiqindi (chiqindining ko'p kelishi, yiringli, shilimshiq yoki suvli ekanligi, yiring aralashganligi va hokazo) odatda yallig'lanish kasalliklarining belgisidir. Patologik chiqindi kelishiga bachadon bo'ynining raki, eroziyasi, polip va boshqalar ham sabab bo'lishi mumkin.

Ayoldan anamnez yiqqanda jinsiy aloqada og'riq sezish-sezmasligi va qonli chiqindi kelish-kelmasligi aniqlanadi.

4. Bola tug'ish funksiyasi yoki akusherlik anamnezi. Anamnezning bu muhim qismida quyidagi ma'lumotlar aniqlanadi:

a) ushbu homiladorlik nechanchi ekanligi;

b) avvalgi homiladorliklarning qanday o'tganligi: gestoqlar (qusish, so'lak oqishi, badanda shish bo'lganligi va hokazo), yurak-tomir tizimi, buyraklar, jigar va boshqa a'zolarining kasalliklari bor-yo'qligi aniqlanadi. Ilgari shu kasalliklar ro'y bergan bo'lsa, ushbu homiladorlikda ayolni ayniqsa sinchiklab kuzatish shart;

d) avvalgi homiladorlik qanday tugaganligi: ayolning oy-kuni yetib tuqqanligi yoki bola tashlaganligi aniqlanadi.

Ayol ilgari ham bola tashlagan bo'lsa, uning o'z-o'zidan tushganligini yoki sun'iy yo'l bilan olinganligi, homiladorlikning qaysi oyida bolasi tushganligini, shundan keyin qanday kasalliklar ro'y berganligini va ularning xarakterini aniqlash kerak.

Oy-kuni yetmasdan tug'ish va bola tashlash jinsiy a'zolarining yetilmay qolganligini (infantilizm) yoki homiladorlikning kechishiga salbiy ta'sir qiladigan kasalliklar (endometriyning yallig'lanishi, o'smalar, yuqumli kasalliklar, ovqatda organizm uchun muhim bo'lgan moddalarning yetishmasligi va hokazo) borligini ko'rsatadi.

Bola tashlaganda yoki sun'iy yo'l bilan oldirilganda jinsiy a'zolar ko'pincha yallig'lanib, homiladorlik va tug'ruq qiyin o'tadi, ayol barvaqt bola tashlashga moyil bo'lib qoladi. Tug'ruq vaqtida qon ketadi va tug'ruq faoliyati buziladi;

e) avvalgi tug'ruqlarning xarakteri: ayolning oy-kuni yetib yoki muddatidan oldin tuqqanligi, tug'ruqning qanday o'tganligiga ahamiyat beriladi. Avvalgi tug'ruqlarning to'g'ri o'tganligi, homilador ayolning sog'lig'i yaxshi ekanligi va tug'ruq yo'llarida o'zgarish yo'qligini ko'rsatadi. Avvalgi tug'ruqlarning qiyin o'tganligi, operatsiya qilinganligi, bolaning o'lik tug'ilganligi yoki bola tirik tug'ilsa ham, tez orada o'lib qolganligi tug'ruq yo'llarining anomalialari yoki ayolda ekstrojenital kasalliklar, homiladorlik gestozlari bo'lganligidan darak beradi.

Ilgarigi tug'ruqning patologik holatda o'tganligi (noqulay akusherlik anamnezi) ushbu homiladorlik va tug'ruq kechishida ham turli xil asoratlar bo'lishi mumkinligi haqida ogoh bo'lishni talab etadi;

f) ilgari tug'ruqdan keyin (chilla davrida) kasalliklar ro'y bergan-bermagani aniqlanadi. Chilla davridagi kasalliklar navbatdagi tug'ruqni ham jiddiy qiyinlashtirishi mumkin (tug'ruq faoliyatining susayishi, yo'ldoshning bachadon devoriga yopishib qolishi, bachadonning yorilishi kabi asoratlar).

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH

Homilador ayolni ko'zdan kechirish ko'pincha diagnoz uchun juda qimmatli ma'lumotlar olishga imkon beradi. Masalan, homilador ayol past bo'yli bo'lsa, chanog'ini tor deb o'ylash mumkin.

Umurtqa pog'onasi deformatsiyasi, bo'g'imlar ankilozi va suyak tizimidagi boshqa o'zgarishlar chanoq shaklining o'zgariganligidan darak beradi. Sut bezlari yetilmagan va qov sohasi juni siyrak bo'lsa, jinsiy a'zolar infantilizmi (to'la yetishmasligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoq va badanning boshqa joylariga shish aniqlansa, homiladorlikning asoratidan (gestoz, yurak kasalligi va shu kabilar-dan) guvohlik beradi.

Teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangsizligi, lablari-ning ko'karganligi, teri va skleralar (ko'z oqi)ning sarg'ayganligi bir qancha jiddiy kasalliklarning belgisi hisoblanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikning normal o'tmayotganligini bilishga imkon beradi. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila to'g'ri joylashgan bo'lsa, qorin tuxum shaklida bo'ladi; homila ko'ndalang (noto'g'ri) joylashgan bo'lsa, qorin yon tomoniga kengayadi, qog'onoq suvi ko'p bo'lsa, qorin shar shakliga kirib homiladorlik muddatiga mos kelmaydigan darajada juda ham kattalashadi. Chanoq tor bo'lganda ayolning qorin shakli o'zgarishi mumkin. Bel-dumg'aza rombini ko'zdan kechirish zarur. Bu rombning shakli boshqa ma'lumotlar bilan birgalikda chanoqning qanday tuzilganligini bilishga yordam beradi.

ICHKI A'ZOLARNI TEKSHIRISH

Ayol ko'zdan kechirilgach, yurak, o'pka va qorin bo'shlig'idagi a'zolar tibbiyotda qabul qilingan umumiy usullar (auskultatsiya, perkussiya, palpatsiya) bilan tekshiriladi. Barcha ichki a'zolar, jumladan yurak-qon tomir tizimi, nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish va chiqarish tizimi, asab tizimi sinchiklab tekshirib ko'rilishi lozim. Chunki, ichki a'zolar kasalliklari (ekstragenital kasalliklar) homiladorlik va tug'ruqning kechishiga, ona qornidagi homilaning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Akusher homilador ayolni tekshirayotganida uning jinsiy a'zolaridan tashqari ichki a'zolarining ham muhim ahamiyatga ega ekanligini unutmasligi lozim!

Qaysi kasalliklarda homilador bo'lish taqiqlansa, o'sha kasalliklarni o'z vaqtida aniqlamoq uchun homilador ayollarning yuragini, o'pkasini va boshqa a'zolarini tekshirish juda ham zarur.

Homilador ayollarning arterial qon bosimi o'lchanadi, siydigi va qoni tekshiriladi, gavda vazni aniqlanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida arterial qon bosimi, gavda vazni va siydigi muntazam ravishda tekshirib turiladi.

Yuqorida ko'rsatilgan usullar bilan tekshirgandan keyin maxsus akusherlik tekshirishiga kirishiladi.

Homiladorlikni dastlabki va keyingi oylarida aniqlash uchun turli akusherlik tekshirish usullaridan foydalaniladi.

HOMILADORLIKNI DASTLABKI OYLARIDA ANIQLASH

Homiladorlikning dastlabki oylarida uning gumonli va ehtimolga yaqin belgilariga asosanib aniqlanadi:

Homiladorlikning gumonli belgilari. Homiladorlik munosabati bilan ro'y bergan umumiy o'zgarishlar gumonli belgilarga kiradi.

1. Boshqorong'ilik (o'tkir, achchiq, sho'r ovqatlarga moyillik, odamzod iste'mol qilmaydigan moddalar: bo'r, gilmoya, kesak va shunga o'xshashlarni ko'ngil tusashi, ko'ngil aynishi, ayniqsa erta-lab qusish).

2. Hid bilish sezgilarining o'zgarishi (atir hidi, tamaki tutuni, yog'larning hidi va shu kabi hidlarni ko'tara olmaslik).

3. Asab tizimidagi o'zgarishlar: ayolning ta'sirchanligi, yig'loqiligi, hadeb mudroq bosishi, goh xush, goh noxush bo'lishi va hokazo.

4. Yuz terisi, qorinning oq chizig'i, emchak uchi va uning atrofidagi to'garakda pigmentatsiya paydo bo'lishi.

Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilari. Jinsiy a'zolar va hayz ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlar ehtimolga yaqin belgilarga kiradi.

1. Hayz ko'rishning to'xtashi. Og'ir kasalliklar va ruhiy kechinmalar (qo'rqish, qayg'urish, g'am-g'ussa va hokazo) da hayz ko'rish to'xtab qolishi mumkin. Sog'lom juvon odatda bo'yida bo'lsa hayz ko'rish to'xtaydi.

2. Qin va bachadon bo'yni shilliq pardasining ko'karganligi (sianoz).

3. Bachadon kattaligi, shakli va konsistensiyasining o'zgarishi.

4. Sut bezlari siqilganda sut yo'llaridan og'iz suti tomchilarining chiqishi.

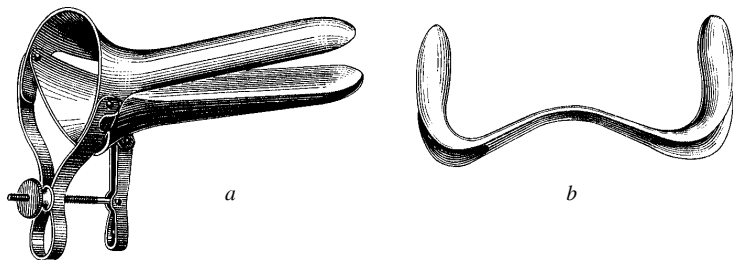
Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilarini aniqlamoq uchun: a) tashqi jinsiy a'zolar va qin kirish qismining shilliq pardasi ko'zdan kechiriladi, b) ko'zgular yordamida tekshiriladi, d) ayol qin orqali va ikki qo'llab tekshiriladi, e) sut bezlari paypaslanadi va ularni siqib, og'iz suti tomchilari bor-yo'qligi aniqlanadi.

Homilador ayolni ginekologik kresloga yoki kushetkaga yotqizib tekshiriladi; ayol kushetkada chalqancha yotadi, oyoqlarini chanoqson va tizza bo'g'imlaridan bukib, kerib turadi; dumg'azasi ostiga valik qo'yiladi.

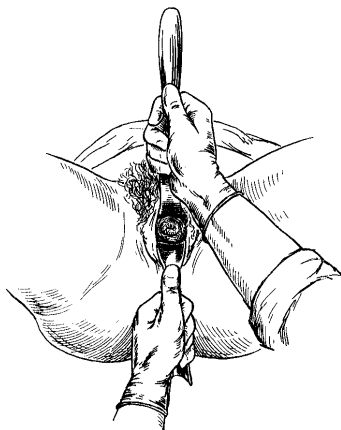
Ayolni tekshirishdan oldin qo'lni aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilgan holda zararsizlantiriladi. Steril rezina qo'lqop bilan tekshirish ma'qul. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari kaliy permanganat (1:6000) yoki boshqa biror dezinfeksiyalovchi moddaning kuchsiz eritmasi bilan yuvilib, steril paxtada quritiladi. Katta va kichik jinsiy lablar chap qo'lning ishora barmog'i va bosh barmog'i bilan kerilib, vulva, qin kirish qismining shilliq pardasi, uretraning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yo'llari va oraliq ko'zdan kechiriladi.

Ko'zgular yordamida tekshirish. Tashqi jinsiy a'zolar va qin kirish qismining shilliq pardasi ko'zdan kechirilgach, qin ko'zgulari yordamida tekshirishga kirishiladi. Bu tekshirish usuli bachadon bo'ynining va qin shilliq pardasining ko'karganini (homiladorlikning ehtimolga yaqin belgisi), shuningdek, bachadon bo'yni va qin kasalliklari (yallig'lanish, eroziya, polip, rak)ni aniqlashga imkon beradi.

Tavaqali va qoshiqsimon ko'zgulardan foydalaniladi (49-rasm). Tavaqali ko'zguni juftlashtirib, qin gumbazlarigacha kiritiladi, so'ngra ko'zgu tavaqalari ochiladi, shundan keyin bachadon bo'ynini ko'zdan kechirsa bo'ladi. Ko'zgu qindan sekin-asta olinayotgan vaqtda qin devorlari ko'zdan kechiriladi.



49-rasm. Qin ko'zgulari: a—tavaqali ko'zgu (Kusko ko'zgusi); b—qoshiqsimon ko'zgu (Sims ko'zgusi).



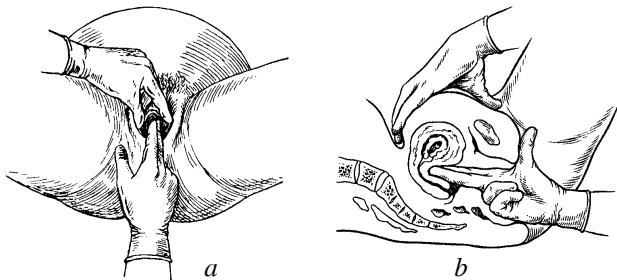
50-rasm. Qoshiqsimon ko'zgular bilan tekshirish.

Bachadon bo'yni va qin yaxshiroq ko'rinadi (50-rasm). Avval orqadagi ko'zgu suqilib, qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi; keyin orqadagi ko'zgu parallel holda oldingi ko'zgu (yassi ko'targich) kiritiladi, qinning oldingi devori shu ko'zgu bilan ko'tariladi. Bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechirilgach ko'zgular olinib, qin orqali tekshirishga o'tiladi.

Homilador ayolni qin orqali tekshirish. Katta va kichik jinsiy lablar chap qo'lning ishora barmog'i va bosh

barmog'i bilan keriladi; o'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab suqiladi, bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi (51-rasm, *a*), shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanadi. Chanoq tubi muskullari, qin devorlari (burmalari, cho'ziluvchanligi, yumshaganligi), qin gumbazlari, bachadon bo'yni (shakli, konsistensiyasi) va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi (yopiq-ochiqligi, yumaloq yoki yoriq shaklida ekanligi va hokazo) barmoqlar bilan sinchiklab tekshiriladi.

Homilador ayolni ikki qo'llab tekshirish. Bachadon bo'ynini paypaslab tekshirgandan keyin, ikki qo'llab tekshirishga kirishiladi (51-rasm, *b*).



51-rasm. Qin orqali tekshirish: *a* - barmoqlarni kiritish; *b* - ikki qo'llab tekshirish.

Qinga suqilgan barmoqlar qinning oldingi gumbaziga taqaladi, bachadon bo'yni picha orqaga suriladi. Chap qo'l barmoqlari bilan qorin oldingi devori kichik chanoq bo'shlig'iga tomon bosilib,

oldingi gumbazda turgan o'ng qo'l barmoqlariga peshvoz boradi. Tekshirayotgan ikki qo'lning barmoqlari bir-biriga yaqinlashtirilib, bachadon tanasi topiladi, uning vaziyati, shakli, kattaligi, konsistensiyasi aniqlanadi. Bachadonni palpatsiya qilib bo'lgach, bachadon naylari va tuxumdonlarni tekshirishga o'tiladi. Shu maqsadda ichki va tashqi qo'l barmoqlari bachadon burchaklaridan sekin-asta chanoqning yon devorlari tomon siljutiladi. Tekshirish oxirida chanoq suyaklarining ichki yuzasi paypaslab topiladi va diagonal konjugata o'lchanadi.

Shunday qilib, tekshirish natijasida homiladorlik diagnozini aniqlashga asos bo'la oladigan bir qancha belgilar mavjud. Ayolni har tomonlama tekshirishda aniqlangan gumonli va ehtimolga yaqin belgilarning jami yig'indisi hisobga olinib diagnoz aniqlanadi.

Ilk homiladorlik diagnozi shubhali bo'lsa, ayolga bir yoki ikki haftadan keyin takror tekshirishga kelish buyuriladi. Shu davr ichida bachadon kattalashib, homiladorlikning boshqa hamma belgilari yaqqolroq ko'zga tashlanadi.

HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASINING BIOLOGIK USULLARI

Homiladorlik diagnozi odatda klinik tekshirish ma'lumotlari (anamnez, ko'zdan kechirish, qin orqali tekshirish va hokazo)ga asoslanib aniqlanadi. Ko'pincha patologik homiladorlikning ba'zi turlarini aniqlash qiyin bo'lib qoladi. Masalan, bachadondan tashqaridagi homiladorlikni bachadon ortiqlarining yallig'lanishidan ajratish hamisha oson bo'lavermaydi; ba'zan homiladorlikni bachadon o'smasidan ajratish qiyin bo'ladi va hokazo.

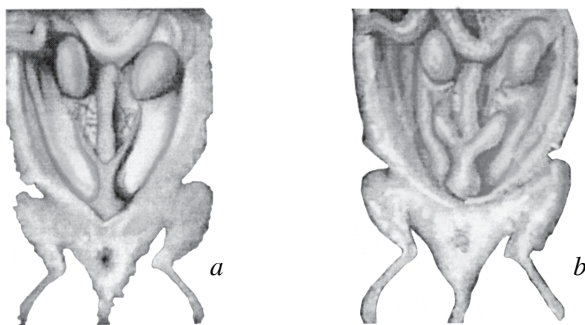
Bunday hollarda ayolni klinik usullar bilan sinchiklab tekshirishdan tashqari, homiladorlik diagnostikasining gormonal (biologik) usullari ham qo'llaniladi.

Ashgeym-Sondekning gormonal reaksiyasi. Bu reaksiya homiladorlikning dastlabki haftalarida ayol organizmida xoreonlarda ko'plab gonadotrop gormon (xoreal gonodotropin) hosil bo'lib, siydik bilan chiqishiga asoslangan.

Homilador ayolning ertalabki siydigi olib, filtrlanadi va voyaga yetmagan sichqonlarning terisi ostiga yuborilsa, siydikda bo'lgan xoreal gonodotropin gormoni ta'sirida ularning bachadoni va tu-

xumdon follikulalari o'sadi, shuningdek, kattalashgan follikula bo'shlig'iga qon quyilganligi qayd qilinadi. Kattalashgan follikula keyinchalik sariq tanalarga aylanadi.

Bu reaksiyani qo'yishda homilador ayol siydigi 6—8 g vaznli sichqonlar terisi ostiga bo'lib-bo'lib (2 kun mobaynida 6 marta 0,2—0,4 ml dan) yuboriladi. 96—100 soatdan keyin sichqonlar qornini yorib, bachadon shoxi va tuxumdonlari ko'zdan kechiriladi. Sichqon bachadonining o'sgani va kattalashgani, follikulalar bo'shlig'ida qon quyilgani qayd qilinsa (bu oddiy ko'zga ko'rinadi), reaksiya musbat deb hisoblanadi (52-rasm).



52-rasm.
Ashgeym-Sondek
reaksiyasi:
a — reaksiya manfiy;
b — reaksiya musbat.

Baqalarga qo'yiladigan gormonal reaksiya (Galli-Maynini reaksiyasi). Baqa va qurbaqalardan ba'zi zotlarining erkagi homilador ayol siydigidagi gonadotrop gormon ta'sirida spermatozoid ishlab chiqaradi. Homilador ayolning ertalabki siydigi (2,5 ml) baqaning orqa limfa xaltachasiga yuboriladi. 1—2 soatdan keyin baqa kloakasidan shisha pipetkada suyuqlik olinib, mikroskopda tekshiriladi. Unda harakatchan spermatozoidlar topilsa, reaksiya musbat deb hisoblanadi. Bu reaksiyani bahor oylarida qo'llab bo'lmaydi, chunki baqalarning qo'zg'alish davriga to'g'ri keladi. Eng arzon, qulay va qisqa muddat talab qiladigan usuldur.

Fridman reaksiyasi. Voyaga yetmagan urg'ochi quyoning qu-loq venasiga homilador deb gumon qilingan ayolning ertalabki filtrlangan siydigidan 10 ml yuboriladi va 48 soat o'tgandan keyin quyoning qorni yorilib, bachadon shoxlari va tuxumdonlar ko'zdan kechiriladi. Bachadon shoxlarining o'sgani va kattalashgani hamda follikulalar bo'shlig'iga qon quyilgani aniqlansa, reaksiya musbat hisoblanadi.

Homiladorlikning immunologik diagnostikasi. So'nggi yillarda gemagglutinatsiya reaksiyasini tatbiq etishga asoslanib, homilador-

likning immunologik diagnostika usuli ishlab chiqildi. Bu usul homilador ayollar siydigidagi xoreal gonodotropin gormoni va qarshi zardob o'rtasidagi reaksiyaga asoslangan. Bu usullardan ko'proq qo'llaniladigani **Vide** va **Genzell** usulidir.

Asosiy bosqichlari:

1. Qarshi zardob olish maqsadida urg'ochi quyonlarni xoreal gonodotropin gormoni bilan immunizatsiya qilish.

2. Eritrotsitlarni tayyorlash. Qo'y eritrotsitlariga xoreal gonodotropin gormoni bilan maxsus ishlov berish.

3. Tekshirilayotgan siydikda xoreal gonodotropinni aniqlash. Ikkita probirkaga (tajriba va nazorat uchun) 0,25 ml dan tekshirilayotgan ayol siydigidan quyiladi (1 ml siydik 5 ml distillangan suv bilan aralashtirilgan bo'lishi kerak). Tajriba probirkasiga 0,2 qarshi zardob (antisivorotka), nazorat probirkasiga 0,2 bufer eritmasi quyiladi: keyin har ikkala probirkaga 0,05 eritrotsitlardan qo'shiladi. 1,5–2 soatdan keyin natijasi o'rganiladi. Agar ayol homilador bo'lsa (siydikda xoreal gonodotropin bo'lsa), gemagglutinatsiya reaksiyasi sodir bo'lmaydi (eritrotsitlar cho'kmaydi), chunki xoreal gonodotropin antitelalarni o'ziga bog'lab oladi, agarda ayol homilador bo'lmasa eritrotsitlar agglutinatsiyaga uchrab cho'kadi.

HOMILADORLIKNI KECHKI MUDDATLARIDA ANIQLASH

Bachadon bo'shlig'ida homila borligini ko'rsatadigan belgilar homiladorlikning ikkinchi yarmida ro'y beradi; ular **homiladorlikning aniq** yoki **shak-shubhasiz belgilari** deb ataladi.

Homiladorlikning aniq belgilariga quyidagilar kiradi.

1. Homila qismlarining paypaslab topilishi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning boshi, orqasi va mayda qismlari (qo'l oyoqlari) paypaslab topiladi.

2. Homila yuragi tonlarini aniq eshitib ko'rish. Homila yuragi homiladorlikning ikkinchi yarmida 1 daqiqada 130–140 marta bir tekisda urib turganligi yurak tonlari shaklida eshitiladi. Homila yuragining urib turganligini homiladorlikning ba'zan 18–19-haftasida ham eshitsu bo'ladi.

3. Homilaning qimirlashi homilador ayolni tekshirayotgan kishiga seziladi. Homilaning qimirlayotganligi homiladorlikning ikkinchi yarmida aniqlanadi. Homilador ayollar qornidagi bolaning

qimirlayotganini 20-haftadan; takror homilador ayollar esa bir-muncha ertaroq 18-haftadan sezadilar. Ba'zan bu sezgilar homiladorlikning belgisi bo'lmagan anglashmovichilikka olib kelishi mumkin. Masalan, ayol ichak peristaltikasini homilaning qimirlashi deb o'ylashi mumkin.

4. Homila skeletining rentgendagi tasviri. Homiladorlikning V oyidan boshlab homila suyaklarining soyalari rentgenogrammada ko'rinadi. Ona qornidagi bolaga rentgen nurlari juda ham tez ta'sir etgani uchun homiladorlikni aniqlashda rentgenologik usul maxsus ko'rsatmalar bo'lgandagina qo'llaniladi. Homila taraqqiyotining dastlabki davrlarida rentgen nurlariga, ayniqsa, ko'proq sezuvchan bo'ladi.

5. Elektrokardiografiya, fonokardiografiya, ultratovush yordamida tekshirish usuli bilan homila yurak faoliyatini uning qismlarini obyektiv qayd qilish.

HOMILADORLIKNING IKKINCHI YARMIDA VA TUG'RUQDA AKUSHERLIK TEKSHIRISH USULLARI

Homiladorlikning ikkinchi yarmida va tug'ruqda akusherlik tekshirishining asosiy usullari: **palpatsiya** va **auskultatsiya** (homilador ayol qornini va bachadondagi homilasini paypaslab ko'rish va uni eshitib ko'rish), **chanoqni o'lchashdan** iborat. **Qin orqali tekshirish**, homiladorlikning ikkinchi yarmida va tug'ruqda ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi. Homiladorlik muddatini aniqlashda qorin aylanasi, bachadon tubining balandligi, bachadondagi homilaning kattaligi o'lchanadi.

Qorinni paypaslab ko'rish (palpatsiya). Qorinni paypaslab ko'rish akusherlikda tashqi tekshirishning asosiy usullaridandir. Palpatsiyada homilaning qismlari, kattaligi, vaziyati, pozitsiyasi, qaysi qismining oldinda yotganligi, oldinda yotgan qismining ona chanoq'iga munosabati (chanoq kirish tekisligidan qancha balandda turganligi, chanoqqa taqalganligi, kichik segmentining chanoqqa suqilganligi va hokazo) aniqlanadi, homilaning qimirlashi seziladi, shuningdek, qog'onoq suvining miqdori va bachadon vaziyati haqida tasavvur qilinadi.

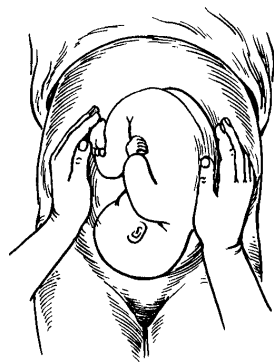
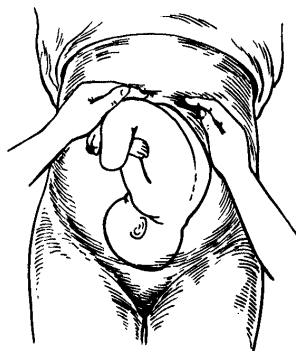
Homilador ayol qornini paypaslab ko'rishda muayyan rejaga amal qilinadi, Leopold-Lazarevich-Liviskiyning to'rtta amali ketma-ket qo'llaniladi.

Homilador (tug‘uvchi) ayol kushetkaga chalqancha yotadi, akusher ayolning o‘ng tomonida unga yuzma-yuz turadi.

Birinchi amal (53-rasm, a). Ikkala qo‘l kaftlari bachadon tubiga qo‘yilib, barmoqlari yaqinlashtiriladi. Pastga tomon avaylab bosib, bachadon tubining qay balandlikda turganligi aniqlanadi, shunga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi. Homilaning bachadon tubida yotgan qismi (ko‘pincha chanoq tomoni) birinchi amalda aniqlanadi.

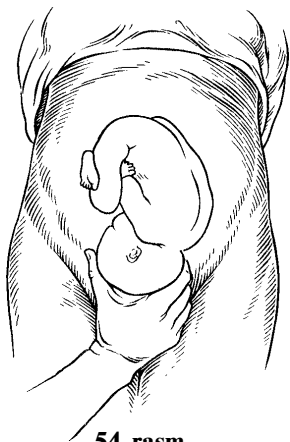
Ikkinchi amal (53-rasm, b). Homilaning orqasi va mayda qismlari ikkinchi amalda aniqlanadi; homila orqasining vaziyatiga qarab uning pozitsiyasi va pozitsiya turi haqida fikr yuritiladi. Ikkala qo‘l bachadon tubidan pastga tomon surilib, kindik to‘g‘risigacha olib boriladi va bachadonning yon yuzalariga joylashtiriladi. Homila qismlari sekin-asta o‘ng va chap qo‘l bilan paypaslab ko‘riladi. Chap qo‘l bir joyda tinch turadi, ikkinchi qo‘l barmoqlari esa bachadonning chap yon yuzasidan sirg‘antirib boriladi-da, homilaning shu tomonga qaragan qismi paypaslanadi. So‘ngra o‘ng qo‘l bachadon devorida tinch turadi, chap qo‘l bilan esa homilaning bachadon o‘ng devoriga qaragan qismlari paypaslab topiladi. Homilaning bo‘ylama vaziyatida bir tomondan orqasi, qarama-qarshi tomondan qo‘l oyoqlari mayda qismlari paypaslab ko‘riladi. Homilaning orqasi bir tekis maydonchaga o‘xshab seziladi, mayda qismlari ko‘pincha vaziyatini o‘zgartiradigan kichkina bo‘rtmalar shaklida qo‘lga seziladi; ba‘zan qo‘l-oyoqlarning ildam, zarbsimon harakatlarini sezsa bo‘ladi.

Uchinchi amal. Homilaning oldinda yotgan qismini aniqlamoq uchun uchinchi usul qo‘llaniladi. Akusher homilador ayolning o‘ng tomonida unga yuzma-yuz turadi. Bir qo‘l (odatda, o‘ng qo‘l) simfizning picha yuqorisidan shunday qo‘yiladiki, bosh barmoq bachadon pastki segmentining bir tomonida, qolgan to‘rt barmoq shu segmentning qarama-qarshi tomonida tursin (54-rasm). Barmoqlar



53-rasm.

Homiladorni tashqi tekshirish: a – birinchi; b – ikkinchi amal.



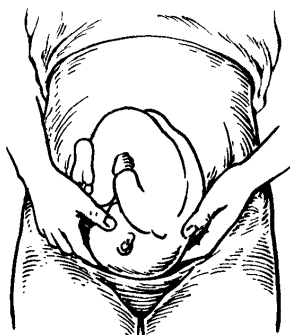
54-rasm.

Homiladorni tashqi tekshirish. Uchinchi amal.

shiruvchi barmoqlar homila boshining «liqillab» turganini sezadi, takror homilador bo'lgan ayollarda bu, ayniqsa yaqqol ko'rinadi. Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligidan qancha yuqorida turgan bo'lsa, «liqillash» shuncha yaqqolroq seziladi.

Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligida qimirlamay turganda, shuningdek, homilaning chanog'i oldinda yotganda «liqillash» aniqlanmaydi.

Tekshirishning uchinchi amalida juda avaylab, ehtiyotkorlik bilan ish ko'riladi; keskin harakatlar qilinsa, og'riq seziladi va qorin oldingi devorining muskullari refleks yo'li bilan taranglashib tekshirishga to'sqinlik qiladi.



55-rasm.

Homiladorni tashqi tekshirish. To'rtinchi amal.

sekin-asta va avaylab harakatlantirilib, chiqur botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi ushlanadi. Homila boshi ro'y-rost yumaloq shakldagi zich bo'lakka o'xshab paypaslanadi.

Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, yumaloq shaklsiz, katta hajmli yumshoqroq qism paypaslab topiladi. Ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlarda homilaning oldinda yotgan qismi ilinmaydi.

Homila boshining harakatchanligini uchinchi amalda aniqlasa bo'ladi. Kalta-kalta yengil zarblar bilan homila boshini o'ngdan chapga va aksincha, chapdan o'ngga siljitishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi;

ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi;

ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi;

ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshirishga harakat qilinadi;

To'rtinchi amal — uchinchi amalning davomi va qo'shimchasi bo'lib, homilaning nafaqat oldinda yotgan qismini, qay balandlikda turganini, balki chanoqning qaysi tekisligida joylashganligini aniqlashga yordam beradi. Akusher homilador ayolning o'ng tomonida, uning oyoqlariga qarab turib, ikkala qo'l kaftlari bachadonning pastki segmentiga o'ng va chap tomondan qoyilib, barmoq uchlari simfizgacha yetkaziladi. Barmoqlarni yozib, chanoq bo'shlig'iga tomon sekin-asta avaylab botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi (boshi, cha-

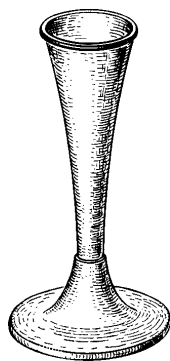
noq tomoni) va uning qay balandlikda ekanligi aniqlanadi (55-rasm). Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligi ustida turganligi yoki chanoq kirish tekisligidan kichik yoki katta segmenti bilan o'tganligi shu amalda aniqlanadi; homila boshi chanoq bo'shlig'iga anchagina tushgan bo'lsa, faqat asosi qo'lga unnaydi. Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, shu tomonning qanday balandlikda ekanligi ham bemalol aniqlanadi. Homila boshining ensasi va engagini, shuningdek, tug'ruq vaqtida homila boshining sekin-asta chanoqqa tushishini to'rtinchi amalda aniqlasa bo'ladi.

Auskultatsiya. Homilador va tug'uvchi ayol qorniga akusherlik stetoskopi (56-rasm) bilan quloq solinadi. Akusherlik stetoskopining odatdagi stetoskopdan farqi shuki, voronkasi kengroq bo'lib, ayolning yalang'och qorniga tutiladi (57-rasm). Qoringa bevosita quloq solish ham mumkin, lekin bu usul uncha qulay bo'lmaganidek, aniq natija bermaydi.

Qoringa quloq solinganda homilaning yurak tonlari aniqlanadi. Bundan tashqari, ona organizmidan keluvchi har xil tovushlarni eshitish mumkin: 1) qorin aortasini urib turishi — ayol pulsiga mos keladi, 2) bachadonning yon devorlaridan o'tgan yirik qon tomirlaridagi guvillagan shovqinlar — ayol pulsiga mos keladi, 3) ichakning notekis shovqinlari — perestaltikasi.

Homilaning yurak tonlari homiladorlikning aniq belgisi bo'lib xizmat qiladi, yurak tonlarini eshitish maqsadida auskultatsiya o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshitib, qorindagi homilaning vaziyatini ham aniqlash mumkin, bu esa tug'ruq vaqtida, ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir.

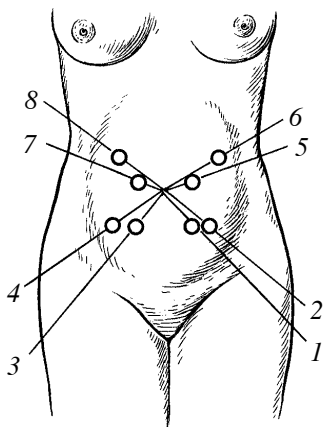
Homilaning chanog'i oldinda yotganda orqasi qay tomonga qaragan bo'lsa, o'sha tomonda homilaning yurak urishi kindik yuqorisidan (homila boshi yaqinidan) bi-



56-rasm. Akusherlik stetoskopi.



57-rasm.
Homilaning yurak urishini eshitish.



rinchi pozitsiyada chap tomondan, ikkinchi pozitsiyada o'ng tomondan ravshanroq eshitaladi (58-rasm).

58-rasm. Homilaning turli holatlarda yurak urishining ravshanroq eshitaladigan joyi:

1—boshning oldinda yotishi birinchi vaziyat oldingi turida; 2—boshning oldinda yotishi birinchi vaziyat orqa turida; 3—boshning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat oldingi turida; 4—boshning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat orqa turida; 5—chanoqning oldinda yotishi birinchi vaziyat oldingi turida; 6—chanoqning oldinda yotishi birinchi vaziyat orqa turida; 7—chanoqning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat oldingi turida; 8—chanoqning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat orqa turida.

Ko'ndalang vaziyatlarda yurak urishi kindik ro'parasida, homila boshi yaqinrog'idan eshitaladi. Bosh va chanoq oldinda yotishining oldingi turida yurak urishi qorinning o'rta chizig'i yaqinidan, orqa turida esa o'rta chiziqdan nariroqda, qorin yon tomonidan eshitaladi.

Tug'ruq vaqtida, homila boshi chanoq bo'shlig'iga tushganda va tug'ilayotganda yurak urishi simfiz yaqinidan, qorinning o'rta chizig'idan yaxshiroq eshitaladi. Homilaning yurak tonlari har daqiqada o'rta hisob bilan 130–140 marta takrorlanadigan bir tekisdagi qo'shaloq zarblar shaklida eshitaladi.

Tug'uvchi ayolda dard va tug'oq tutayotgan paytda bachadon muskuli qon tomirlarini vaqtincha qisib qo'rganligi uchun homilaning yurak tonlari sekinlashadi, bu fiziologik hodisadir. Dard va to'lg'oq bir marta tutgandan keyin to ikkinchi marta tutguncha o'tadigan vaqtda (pauza) homilaning yuragi yana odatdagidek urib turadi.

Pauza vaqtida homila yuragining sekinroq (110–100 marta), shuningdek tezroq (150 martadan ortiq) urishi homilaning bo'g'ilib qolish (asfiksiya) xavfi borligini ko'rsatadi.

Chanoqni tekshirish. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida chanoq sinchiklab tekshiriladi (V bobga qaralsin).

Homiladorlikning kechki muddatlarida va tug'ruqda ichki (qin orqali) tekshirish. Qin orqali tekshirish ayolning tug'ruq yo'llariga patogen mikroblar kirib qolish ehtimoli jihatidan xavf tug'dirishi mumkin. Tekshirish vaqtida tug'ruq yo'lariga kirib qolgan patogen

mikroblar chilla davrida og‘ir kasalliklarga sabab bo‘ladi. Shuning uchun qin orqali tekshirishda muayyan tartibga rioya qilish lozim.

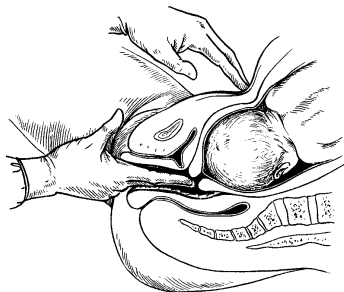
1. Qin orqali tekshirishda aseptika va antiseptikaning barcha qoidalariga to‘la-to‘kis amal qilinadi; tekshirishdan oldin akusher qo‘llarini va homilador (tug‘uvchi) ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini yuqumsizlantiradi.

2. Homiladorlikning ikkinchi yarmida va oxirida faqat homiladorlikning keyingi oylarida birinchi marta maslahatxonaga kelgan ayollar qin orqali tekshiriladi, shuningdek tug‘ruq yo‘llari (qin, bachadon bo‘yni, chanoq suyaklarining ichki sathi) qay ahvolda ekanligini aniqlash va diagonal konyugatani o‘lchash zarur bo‘lganda ham qin orqali tekshirish o‘tkaziladi.

3. Odatda, tug‘uvchi ayollar tug‘ruq majmuasiga kelganda va qog‘onoq suvlari ketgandan keyin qin orqali tekshiriladi, keyinchalik bu tekshirish ko‘rsatmalarga qarab o‘tkaziladi. Bunday tartib tug‘ruqning og‘irlashuvini o‘z vaqtida aniqlash va zarur yordam ko‘rsatish imkonini beradi.

Qin orqali tekshirish quyidagicha o‘tkaziladi.

Homilador (tug‘uvchi) ayol chalgancha yotadi. Oyoqlari tizza va chanoq-son bo‘g‘imlaridan bukilib, kerib qo‘yiladi. Akusherning qo‘llari va homilador ayolning tashqi jinsiy a‘zolari yuqumsizlantiriladi. Katta-kichik jinsiy lablar chap qo‘lning bosh barmog‘i va ishora barmog‘i bilan kerilib, jinsiy yoriq, qin og‘zi, klitor, uretraning tashqi teshigi, oraliq ko‘zdan kechiriladi. So‘ngra o‘ng qo‘lning ishora barmog‘i bilan o‘rta barmog‘i qinga avaylab suqiladi (bosh barmoq yuqoriga qarab turadi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalgan bo‘ladi) (59-rasm).



59-rasm. Tug‘uvchi ayolni qin orqali tekshirish.

QO‘SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Maxsus usullar. Tegishli ko‘rsatmalar bo‘lganda (asfiksiyaga gumon tug‘ilganda va hokazo) homilaning yurak faoliyati elektrofiziologik usullar bilan tekshiriladi: elektrofonokardiografiya o‘tkaziladi, ultratovush yordamida homila vaziyati aniqlanadi, ultra-

tovush apparati bilan yurak urishi eshitib ko‘riladi, aminoskopiya, aminosentez usuli va boshqalar qo‘llaniladi.

Aminoskopiya homilaning shikastlanmagan pardalari orqali ko‘rinib turadigan qog‘onoq suvlarini ko‘zdan kechirish usulidir. Qog‘onoq suvlari rangi va tiniqligining o‘zgarishiga (yashilroq, sariq, loyqa bo‘lib qolganiga) qarab homilada gipoksiya, gemolitik kasallik va boshqa asoratlar boshlanayotganligi haqida fikr qilinadi.

Aminosentez qog‘onoq suvlaridan olib, tekshirib ko‘rish uchun qog‘onoq pardasini teshib tekshirishdir (gemolitik kasallikning og‘ir formasi va boshqa asoratlarga gumon tug‘ilganda).

Ultratovush apparati bilan tekshirish. Ultratovush apparatlari yordamida homilaning nafaqat yurak tonlarini, balki boshi va tanasining hamda ona chanog‘ining barcha o‘lchamlari, platsentaning yopishib turgan o‘rni, qog‘onoq suvining ko‘pligi, homilaning egizakligi, jinsi va shunga o‘xshash boshqa ko‘plab ma‘lumotlarni aniqlash mumkin.

HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG‘RUQ VAQTINI ANIQLASH

Homiladorlik muddati va tug‘ruq vaqtini aniqlashning katta ahamiyati bor, chunki barcha ishchi va xizmatchi ayollarga homiladorlikning 30-haftasidan boshlab homiladorlik va tug‘ruq munosabati bilan 126 kun (tug‘ruqqacha 70 kun va tug‘ruqdan keyin 56 kun) ta‘til beriladi. Davlat muassasalarining ishchi va xizmatchilariga homiladorlik va tug‘ruq munosabati bilan qancha ta‘til berilsa, boshqa kasb egasi bo‘lgan ayollarga ham o‘shancha (tug‘ruqqacha 70 kun va tug‘ruqdan keyin 56 kun) ta‘til beriladi. Tug‘ruq normal o‘tmaganda yoki ayol ikkita va undan ortiq bola tuqqanda tug‘ruqdan keyingi ta‘til muddati oshirilib, 70 kunga yetkaziladi.

Ayollar homiladorligi aniqlangan paytdan e‘tiboran tungi ishga, to‘rt oydan boshlab esa ish soatlaridan tashqari ishga jalb qilinmaydi. Homilador ayol yengil ishga ko‘chirilganda so‘nggi 6 oydagi ish haqi hisobidan maoshi saqlanib qoladi.

Yuqorida ko‘rsatilgan hamma imtiyozlardan foydalanish homiladorlikning to‘g‘ri o‘tishiga, homilador ayol sog‘lig‘ining saqlanishiga va qornidagi bolasining qulay sharoitda yetilishiga yordam beradi. Homilador ayollarning yuqorida ko‘rsatilgan hamma imti-

yozlardan to'g'ri foydalanishi tibbiyot muassasalarida homiladorlik muddatining o'z vaqtida to'g'ri aniqlanishiga bog'liqdir.

Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisoblaganda o'rta hisob bilan 280 kun, ya'ni 40 hafta yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi.

Homiladorlik 230–240 kun davom etganda ham yetuk bola tug'ilish hodisalari qayd etilgan. Homiladorlikning 280 kundan ortiq davom etgani ham ancha kuzatiladi (homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi kechikib tug'ish).

Homiladorlikning 310–320 kun va undan ortiq davom etganligi ham ma'lum. Homiladorlik muddatining yuqorida aytilgan o'zgarishlari homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashda qiyinchilik tug'diradi. Homiladorlik muddatini aniq bilish qiyinligiga yana bir sabab shuki, tuxumhujayra qay kuni urug'langanini, ya'ni ayolning qay kuni bo'yida bo'lganini aniqlash mumkin emas.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniq bilmoq uchun 1) ayollarni homiladorlikning dastlabki muddatlaridayoq hisobga olish va oyiga 1–2 marta tekshirib turish, 2) anamnez va homilador ayolni obyektiv tekshirish ma'lumotlarining jami **yig'indisini** hisobga olish kerak.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash uchun anamnez ma'lumotlaridan so'nggi hayz ko'rish vaqti va homilaning birinchi qimirlagan vaqti haqidagi ma'lumotlar ahamiyatli.

So'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan homiladorlik muddati aniqlanadigan muddatgacha o'tgan vaqtni hisobga olib, bu muddat haqida fikr yuritsa bo'ladi.

Tug'ruq vaqtini hisoblab chiqmoq uchun so'nggi hayz ko'rishning birinchi kuniga 280 kun, ya'ni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy-u 7 kun qo'shiladi. Odatda, tug'ruq vaqti osonroq hisob qilinadi: so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qo'shiladi. Masalan, so'nggi hayz ko'rish 2 oktabrda boshlangan bo'lsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII, 2/VII) chegirib va 7 kun qo'shib, ayolning 9/VII da tug'ishi aniqlandi. So'nggi hayz ko'rish 20/V da boshlangan bo'lsa, 27/II da tug'adi, deb taxmin qilinadi va hokazo.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashda homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti hisobga olinadi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollar qornidagi bolaning qimirlashini 20 haftadan, ya'ni homiladorlikning o'rtalaridan boshlab, takror

homilador bo'lgan ayollar esa ikki haftacha ilgariroq ya'ni 18-haftadan seza boshlaydi.

Homilaning birinchi marta qimirlagan vaqtiga birinchi marta homilador bo'lgan ayollar uchun akusherlar hisobida 5 oy va takror homilador bo'lgan ayollar uchun akusherlar hisobida 5,5 oy qo'shib, ayolning tug'adigan kuni taxminan aniqlanadi.

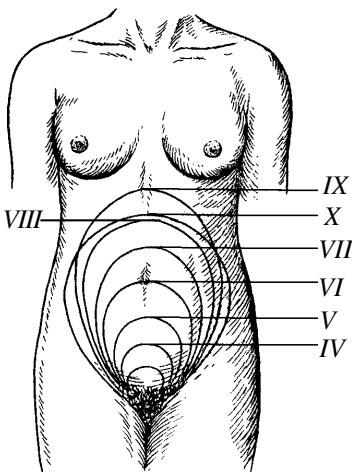
Homiladorlik muddati dastlabki oylarda bachadon kattaligini qin orqali tekshirib aniqlanadi. III oydan keyin bachadon tubining qay balandlikda turganligi bilinadi, keyinchalik qorin hajmi o'lchanadi va qorindagi homilaning o'lchamlari aniqlanadi.

Homiladorlikning turli muddatlarida bachadonning kattaligi va bachadon tubining qay balandlikda turishi. Akusherlar hisobidagi 1 oy (4 hafta) oxirida bachadon kattalashib, taxminan tovuq tuxumiday bo'ladi. Bu muddatda homiladorlik muddatini aniqlash deyarli mumkin bo'lmaydi.

Akusherlar hisobidagi II oy (8 hafta) oxirida bachadon kattaligi taxminan g'oz tuxumiga baravar keladi.

Akusherlar hisobidagi III oy oxirida bachadonning kattaligi deyarli yangi tug'ilgan chaqaloqning boshiday bo'ladi.

IV oydan boshlab bachadon tubi qorin devorlari orqali paypaslab topiladi va bachadon tubining qay balandlikda turganiga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi (60-rasm). Ayni vaqtda



60-rasm. Homiladorlikning turli oylarida bachadon tubining qanday balandlikda turishi.

shuni esda tutish kerakki, homilaning kattaligi, qog'onoq suvining ortiqchalligi, egizaklar taraqqiy etayotganligi, homilaning noto'g'ri yotishi va homiladorlik o'tishining boshqa xususiyatlari bachadon tubining qay balandlikda turishiga ta'sir etadi. Modomiki shunday ekan, homiladorlik muddatini aniqlashda bachadon tubining qay balandlikda ekanligi boshqa belgilar (so'nggi hayz ko'rish, homilaning birinchi marta qimirlashi va hokazo) yig'indisi bilan birga hisobga olinadi.

Akusherlar hisobidagi IV oy (16 hafta) oxirida bachadon tubi qov bilan kindik o'rtasida (simfizdan 4 barmoq enicha yuqorida) joylashgan bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi V oy (20 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan ikki barmoq enicha pastda turadi; qorin devorining do'ppayganligi sezilib turadi.

Akusherlar hisobidagi VI oy (24 hafta) oxirida bachadon tubi kindik ro'parasida turadi.

Akusherlar hisobidagi VII oy (28 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan 2–3 barmoq enicha yuqorida bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi VIII oy (32 hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindik o'rtasida turadi. Kindik tekislana boshlaydi. Kindik ro'parasida qorin aylanasi 80–85 sm bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi IX oy (36 hafta) oxirida bachadon tubi xanjarsimon o'siq va qovurg'alar ravog'igacha ko'tariladi. Bu homilali bachadon tubining eng ko'p ko'tarilgan nuqtasidir. Qorin aylanasi o'rta hisob bilan 90 sm. Kindik tekislangan bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi X oy (40 hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindikning qoq o'rtasida turadi, ya'ni VIII oy oxirida qay balandlikda turgan bo'lsa, o'sha balandlikka tushadi. Kindik do'ppayib turadi. Qorin aylanasi 95–98 sm, homila boshi pastga tushib, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq kirish qismiga taqaladi yoki chanoq kirish qismida kichik segmenti bilan turadi.

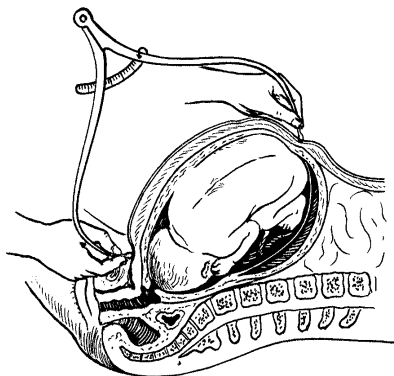
Homiladorlikning VIII va X oylarida bachadon tubi bir sathda tursa ham, qorin aylanasi (VIII oyda 80–85 sm, X oyda 95–98 sm), homila boshining vaziyati (VIII oyda kichik chanoq kirish qismidan yuqorida «liqillab» turadi, X oyda pastga tushadi, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq kirish qismiga kirib qimirlamay turadi), kindik holati (VIII oyda tekislanadi, X oyda do'ppayib turadi) farq qiladi.

X oy oxirida homilador ayollar qorni osilib ketganligini, nafas olishi osonlashganligini qayd qiladilar.

Homiladorlik muddatini aniqlash uchun bachadon tubining qovdan qancha balandda ekanligini bilish va qorin hajmini o'lchash bir qadar ahamiyatli. Bachadon tubining qovdan qancha balandda ekanligi santimetrli lenta yoki tazomer bilan o'lchanadi. Ayol chalqancha yotib, oyoqlarini to'g'ri uzatadi, tekshirishdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'ladi. Simfizning yuqori chekkasi bilan bachadon tubi o'rtasidagi masofa o'lchanadi.

Bachadon tubining qovdan balandligi homiladorlikning bir xil muddatida o'lchanganda turli ayollarda 2—4 sm farq qilishi mumkin; shu sababli homiladorlik muddatini aniqlashda bachadon tubining balandligi haqidagi ma'lumotlar nisbiy ahamiyatga egadir.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorin aylanasi santimetrli lenta bilan o'lchanadi, lenta oldingi tomondan kindik ro'parasiga, opqa tomondan esa bel sohasining o'rtasiga qo'yiladi.



61-rasm. Qorindagi homilaning uzunligi (bo'yi) ni o'lchash.

tazomerning bir tugmachasi homila boshining pastki qutbga, ikkinchi tugmachasi bachadon tubining ko'pincha homila dumbasi turadigan joyiga o'rnatiladi (61-rasm). Homilaning pastki qutbidan chanoq tomondagi uchigacha bo'lgan masofa qorindagi homila uzunligining (bosh tepasidan tovongacha) naq yarmiga baravar.

Shuning uchun homila boshining pastki qutbidan dumbagacha bo'lgan masofani o'lchab topilgan miqdor 2 ga ko'paytiriladi. Chiqqan son dan qorin devorining qalinligiga qarab 2—3 sm chegirib tashlanadi. Homilaning uzunligini shu tariqa aniqlab, topilgan son 5 ga bo'linadi, natijada homiladorlik muddati chiqadi (homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning uzunligi homiladorlik oyini 5 ga ko'paytirib olingan raqamga mos keladi). Masalan: homila boshining pastki qutbidan chanoq tomondagi uchigacha bo'lgan masofa 21 sm; bu son 2 ga ko'paytiriladi (42 sm), 2 sm chegirib tashlanadi, shunda homilaning uzunligi chiqadi (bu holda 40 sm). Ona qornidagi hayotning VIII oyi oxirida homilaning uzunligi shuncha bo'ladi ($40:5 = 8$). Hisoblash qulay bo'lishi uchun quyidagi formuladan foydalaniladi:

Ona qornidagi homila uzunligini o'lchash homiladorlik muddatini aniqlash uchun qo'shimcha ma'lumotlar beradi. Qorindagi homilani aniq o'lchash qiyin, bunda olinadigan ma'lumotlar esa faqat taxminiy bo'ladi. Qorindagi homilaning uzunligi odatdagi tazomer bilan o'lchanadi. Ayol chalqancha yotadi, o'lchashdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'lishi kerak. Homilaning qismlari qorin devori orqali paypaslab topilgach,

Skulskiy formulasi: $X = \frac{(L \cdot 2) - 5}{5}$.

Bu formulada **X** – izlanayotgan homiladorlik muddati; **L** – bachadondagi homilaning uzunligi; **2** – ikkilanish koeffitsienti; suratdagi **5** – bachadon va qorin devorining qalinligi, maxrajdagi **5** – Gaazi formulasidagi indeks.

Masalan: homilaning uzunligi 25 sm, u ona qornida ikki buklanib yotganligi uchun uni 2 ga ko'paytirs 25 · 2 = 50 bo'ladi, undan 5 sm chegirib, 5 ga bo'linsa 45 : 5 = 9 kelib chiqadi. Demak, homiladorlik muddati 9 oylik, yoki 36 haftalik hisoblanadi.

Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlash. Ishchi-xizmatchi ayollarga tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini belgilashda homiladorlik muddatini aniqlash alohida ahamiyatga ega.

Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlashda anamnez va obyektiv tekshirishning hamma ma'lumotlari hisobga olinadi. So'nggi marta hayz ko'rish va homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti, shuningdek homilador ayol avvallari akusherga ko'ringandagi tekshirish ma'lumotlari hisobga olinadi. Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlash uchun homilador ayolning hayz ko'rmay qo'ygandan keyin tez orada akusherga kelib-uchrashuvi va homiladorlikni barvaqt aniqlash muhim ahamiyatga egadir.

Turli ayollar homiladorlikning bir muddatida tekshirilganda har xil ma'lumot olinadi. Bu esa homilaning kattaligiga va vaziyatiga, qog'onoq suvining miqdoriga, homilaning oldinda yotgan qismi qay balandlikda ekanligiga bog'liq. Aksari ayollar homiladorligining 32-haftasida tekshirilganda bachadon tubi xanjarsimon o'siq bilan kindik oralig'ida yoki undan birmuncha yuqorida ekanligi aniqlanadi. Bachadon tubining qovdan balandligi santimetrli lenta bilan o'lchanganda 28—30 sm ekanligi aniqlanadi. Homila boshi birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoqda taqalib tura-di, takror homilador bo'lgan ayollarda harakatchan bo'ladi; homila boshining peshona-ensa o'lchami o'rta hisob bilan 9,5—10 sm; qorin aylanasi 85—90 sm.

K.M.Figurnov va B.A.Libovlar tomonidan 32 haftalik homiladorlikni aniqlash uchun maxsus jadval ishlab chiqilgan. Homilador ayollarni bo'yi, konstitutsion tipiga qarab III guruhga bo'lib, jadvalga solgan. Hozirgi paytda tug'ruqdan oldingi dekret ta'tili 30 haftalikdan berilishi sababli bu jadval quyidagicha ko'rinishga ega:

30 haftalik homiladorlik belgilari

Tipi	Qorin aylanasi (sm da)	Homila boshining o'lchami (sm da)	Homila boshining joylashuvi	Bachadon bo'yni-qin qismining holati	Bachadon tubining balandligi (sm da)
Birinchi (kichik-past bo'yi, infantil, astenik tipdagi ayollar) bo'yi 155 sm dan past	72–79	8–8,5	Chanoq bo'shlig'ida	Kaltalashgan	21–23
Ikkinchi (o'rta bo'yi ayollar) bo'yi 155–165 sm	80–82	9–9,5	Harakatchan	Kaltalashmagan	25–27
Uchinchi (baland bo'yi, gavdali, semizroq ayollar) bo'yi 165 sm dan baland	92–94	10–10,5	Chanoq kirish tekisligidan balandda liqillab turadi	Kaltalashmagan	28–30

Homiladorlikning 36-haftasida bachadon tubi xanjarsimon o'siqqa qadar yetadi, qovdan 31–32 sm balandda turadi, qorin aylanasi 90–95 sm bo'ladi; homila boshi birinchi marta tug'ayotgan ayollarda chanoq kirish qismiga kirib turadi, takror homilador bo'lgan ayollarda esa harakatchan bo'lishi mumkin; homila boshining peshona-ensa o'lchami 11–11,5 sm.

Homiladorlikning 36-haftasida kindik tekislana boshlaydi. Homiladorlik muddatini aniqlamoq uchun qorindagi homilaning uzunligi o'lchanadi.

Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, bachadon tubi bosh tomonning oldinda yotishiga nisbatan 2–3 sm yuqoriroqda turadi.

Nazorat uchun savollar

1. Homiladorlikning gumonli, ehtimolli va ishonchli belgilari.
2. Homiladorlik diagnostikasi uchun qo'llaniladigan biologik va immunologik reaksiyalari nimaga asoslangan?
3. Homiladorlik muddatini va tug'ruqqa qadar dekret ta'tilini aniqlash.
4. Tashqi akusherlik tekshirish usuli, Leopold-Lazarevichning 4 amali mohiyati.

IX BOB. HOMILADOR AYOLLAR GIGIYENASI VA PARHEZI

Normal homiladorlikda ayol organizmida ro‘y beruvchi o‘zgarishlar fiziologik hodisa hisoblanadi. Bu fiziologik o‘zgarishlar qorinda homila taraqqiy etishiga aloqador bo‘lgan yangi sharoitga ayol organizmining moslanishidan iborat.

Odatda, homiladorlik ayol organizmiga xush ta‘sir etadi, uning to‘la yetishishiga va yayrab-yashnashiga yordam beradi. Jinsiy a‘zolarida ilgari bo‘lgan ko‘pgina yallig‘lanish jarayonlari homiladorlik tufayli bosilib va butunlay tuzalib ketishi mumkin.

Homiladorlikda ayolning barcha a‘zolari normal ishlaydi, ammo odatdagidan ortiqroq ish bajaradi. Homilador ayol organizmidagi fiziologik funksiyalarning ortishi qorinda rivojlanayotgan homilaning tobora o‘sayotgan ehtiyojlari bilan bog‘liq.

Homiladorlik fiziologik jarayon bo‘lgani tufayli, ayol to‘g‘ri hayot tartibiga amal qilsa, unga malol kelmaydi. Ayol to‘g‘ri ovqatlanmaganda, badanini toza tutmaganda, o‘ta charchaganda va tashqi muhitning boshqa noqulay sharoitida homilador ayol organizmining funksiyalari buziladi, shuning natijasida homiladorlik turlicha og‘irlashadi.

Modomiki shunday ekan, homiladorlikda gigiyena qoidalariga, ayniqsa qat‘iy rioya qilish zarur, buning natijasida: a) ayolning sog‘lig‘i saqlanadi va mustahkamlanadi, b) qorindagi homila to‘g‘ri rivojlanadi, d) tug‘ruq va chilla davri normal o‘tadi, e) ayol organizmi bola emizishga tayyorlanadi.

Badan parvarishi. Homiladorlik vaqtida badan tozaligiga, ayniqsa jiddiy e‘tibor berish zarur. Badan toza bo‘lganda teri orqali nafas olish kuchayib, organizm uchun zararli ajratmalar ter bilan chiqib ketadi.

Terining chiqarish funksiyasi kuchayganligidan, homiladorlik davrida ko‘proq zo‘r berib ishlaydigan buyraklar funksiyasi osonlashadi. Badanni toza tutish bir qancha yuqumli kasalliklarning oldini oladi.

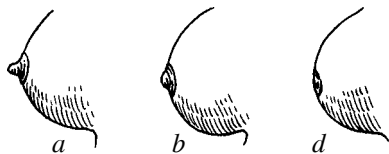
Homiladorlik vaqtida dushda yuvinish, badanni ortiqcha qizitib yubormaslik kerak. Homiladorlikning so‘nggi oyida vannada cho‘milish taqiqlanadi, chunki kir-iflos suvda patogen mikroorga-

nizmlar bor, bunday suv qinga kirishi mumkin. Dushda yuvinishdan tashqari, har kuni uy temperaturasidagi suvga latta ho'llab, badanni artish, so'ngra quruq sochiqqa artinib, terini quritish tavsiya etiladi.

Homilador ayol tashqi jinsiy a'zolarini kuniga ikki marta iliq suvda sovunlab yuvib turishi kerak. Avvalo qo'lni tozalab yuvish zarur. Tashqi jinsiy a'zolari pastdan suv uradigan dushda yoki tog'ora ustida (cho'nqayib) chap qo'lda obdastadan suv quyib yuvish kerak. Tashqi jinsiy a'zolari pastdan o'ng qo'lni orqa chiqaruv teshigidan oldinga qarab emas, balki oldindan orqa chiqaruv teshigiga qarab harakatlantirish kerak. Homildorlik vaqtida qinni chayish yaramaydi. Homilador ayolning jinsiy yo'llaridan patologik chiqindi (oqchil) kelayotgan bo'lsa, bunday ayolni maxsus tekshirish va davolash uchun vrachga yuborish kerak.

Homiladorlik davrida og'iz bo'shlig'ini sinchiklab toza tutish kerak. Tishni ertalab va kechqurun yumshoq cho'tkada tozalash, ovqatdan keyin og'iz chayish zarur. Homiladorlik vaqtida ayol tish vrachiga ko'rinib turishi lozim. Og'rigan tishlarning hammasini ayol tuqquncha tuzattirib olishi kerak.

Homiladorlik vaqtida **sut bezlarini bo'lajak funksiyasiga — bola emizishga** tayyorlash zarur.



62-rasm. Ko'krak uchining shakllari:

a—uchi normal; *b*—uchi yassi; *d*—uchi ichiga tortilgan.

Ilgarigi yillarda emchak uchi yorilmasligi uchun spirt, tanin eritmasi, yog' va boshqa moddalar bilan artishar edi. Emchak uchini bunday tayyorlash behuda bo'lib chiqdi. Hozir sut bezlarini va emchak uchlarini har kuni uy temperaturasidagi suvda sovunlab yuvib, keyin sochiqda artib turish

maqsadga muvofiq deb hisoblanadi. Bu oddiy choralar sut bezlarini kelgusi funksiyasiga tayyorlaydi, emchak uchini yorilishdan va ko'krak bezini yallig'lanishdan (mastitdan) saqlaydi. Emchak uchi yassi yoki ichiga tortilgan bo'lsa (62-rasm) qo'lni tozalab yuvib, massaj qilish kerak. Emchak uchi ishora barmog'i va bosh barmoq bilan avaylab ushlanib, kuniga 2—3 mahal 3—4 daqiqadan tortib turiladi.

Homilador ayollarga dag'al materialdan qulay lifchik tiktirib, tutib yurish tavsiya etiladi. Lifchiklar ko'krak bezlarini qismasdan,

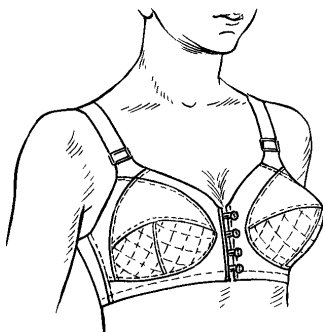
pastdan ko‘tarib turishi kerak (63-rasm). Modomiki shunday ekan, lifchik pallalari yetarlicha chuqur, sut bezlarining shakliga va kattaligiga mos bo‘lishi lozim.

Homilador ayolning kiyimi. Homilador ayol kiyimi qulay va keng bo‘lishi kerak. Ayniqsa, homiladorlikning ikkinchi yarmida ko‘krak qafasi va qorinni kisib qo‘yish yaramaydi. Belni qisib turadigan belbog‘lar, yumaloq tortmalar, belni va tizza yuqorisini qattiq qisadigan rezinali triko, tor-tanqis lifchik va shu kabilar taqiqlanadi. Homilador ayolning kengroq ko‘ylak yoki yubka kiyib yurgani ma‘qul. Paypoq uzun tortma bilan belga mahkamlanadi, homiladorlikning ikkinchi yarmida esa bandajga biriktirib qo‘yiladi. Homiladorlik vaqtida kiyimni toza tutish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir.

Homilador ayol poshnasiz yoki past poshnali qulay poyabzal kiyishi kerak. Baland poshnali poyabzal orqa va oyoq muskullari tarangligini oshirgani uchun tavsiya etilmaydi.

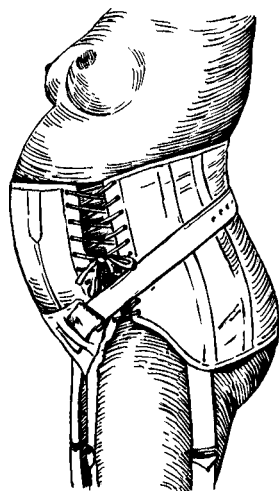
Homiladorlikning ikkinchi yarmida, ayniqsa, takror homilador bo‘lgan ayollarning bandaj tutishi tavsiya etiladi. Bandaj qorinni qismasdan, pastdan ko‘tarib turishi kerak (64-rasm). Bandaj ertalab yotgan holatda tutiladi, kechasi yotishdan oldin olib qo‘yiladi. Bandaj tutish qorin devorining haddan tashqari cho‘zilishiga yo‘l qo‘ymaydi, homiladorlik vaqtida gavdaning og‘irlik markazi ko‘chgani uchun orqa muskullarining taranglanishiga aloqador bo‘lgan his — beldagi og‘irlik hissini kamaytiradi.

Homilador ayolning ovqati. Homiladorlik vaqtida to‘g‘ri ovqatlanish ayolning sog‘lig‘ini saqlash uchun va qorindagi homilaning normal rivojlanishi uchun g‘oyat muhim ahamiyatga egadir. Homiladorlik vaqtida to‘g‘ri ovqatlanmaslik onaning turli kasalliklar bilan og‘rishiga yo‘l ochadi va homilaning noto‘g‘ri rivojlanishiga sabab bo‘ladi.



63-rasm.

Homilador ayol siynabandi.



64-rasm.

Homilador ayol bandaji.

Homilador ayollarning ovqatlanish tartibi: 1) shu davrda ayol organizmida ro‘y beradigan fiziologik o‘zgarishlarni; 2) ona va homila organizmiga yetarli miqdorda oqsil, yog‘, tuz va vitaminlar yetkazib berish zarurligini hisobga olib tuziladi.

Homiladorlikning birinchi yarmida alohida parhez qilishning hojati yo‘q. Homilador ayol asosiy oziq moddalarning hammasi bo‘ladigan odatdagi ovqatlarni yeyaveradi. Ovqat rang-barang va mazali qilib tayyorlanishi kerak.

Homiladorlikning dastlabki oylarida ayol ehtiyoj sezsa, o‘tkir va sho‘r ovqatlar (selyodka, ikra, tuzlangan karam, sho‘r bodring va hokazo) yeyish ruxsat etiladi. Odatda, homiladorlikning III — IV oyida ayolning bosh qorong‘iligi qoladi. Homiladorlik boshlarida ko‘p ayollarning ko‘pincha ertalab ko‘ngli ayniydi. Bunday hollarda ertalab yotgan joyda ovqat yeyish, shundan keyingina o‘rindan turish tavsiya etiladi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida, asosan, sutli-o‘simlik ovqatlari buyuriladi. Go‘sh t va baliq ovqatlar taqiqlanmaydi-yu, me‘yori bilan yeyiladi. Sut, kefir, qatiq, suzma, smetana, qaymoq, sariyog‘, sabzavot, kartoshkadan tayyorlangan ovqatlar, bo‘tqa, shirguruch kabilar tavsiya etiladi. Meva-sabzavotni (ayniqsa, karam, sabzi va hokazo) xomligicha yeyish juda foydali, chunki ularda homilador ayol sog‘lig‘i va qornidagi bolaning rivojlanishi uchun zarur vitaminlar ko‘p. Homiladorlikning ikkinchi yarmida go‘sh tni haftada 3—4 marta yeyish kerak. Hayvon oqsillarining qo‘shimcha miqdori tuxum, pishloq, suzma va boshqa sutli mahsulotlar ko‘rinishida iste‘mol qilinadi. Go‘sh t va baliq solingan suyuq oshlar o‘rniga sutli va sabzavotli suyuq oshlar iste‘mol qilinadi. Alkogolli ichimliklar, garmdori, murch, xantal (gorchitsa), xren, sirka va boshqa o‘tkir dorivorlar taqiqlanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida tuzni evi bilan iste‘mol qilish zarur. Modomiki shunday ekan, sho‘r ovqat yeyish tavsiya etilmaydi. Ichiladigan suyuqliq miqdorini kamaytirib, kuniga 4—5 stakanga tushirish kerak.

Yuqorida aytilgan parhez jigar, buyrak va homiladorlik vaqtida zo‘r berib ishlaydigan boshqa a‘zolarining normal funksiyasi uchun zarur. Homiladorlik vaqtida ona organizmi va qorinda o‘sayotgan homilaning vitaminlarga ehtiyoji oshadi. Vitaminlar yetishmasligi organizmning yuqumli kasalliklarga chidamini va mehnat qobiliyatini kamaytiradi; vitaminlar yetishmaganda raxit, singa, asab ti-

ziminig kasalliklari va boshqa kasalliklar avj oladi. Homiladorlik vaqtida vitaminlarni yetarli iste'mol qilmaslik natijasida homila noto'g'ri rivojlanishi, bola tushishi, barvaqt tug'ilishi mumkin. Modomiki shunday ekan, homilador organizmining hayot faoliyati uchun eng muhim vitaminlar bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilib turish tavsiya etiladi.

Nazorat uchun savollar

1. Homilador ayollar gigiyenasi.
2. Homiladorlik davrida badan parvarishi, sut bezlarini bola emizishga qanday tayyorlash lozim?
3. Homilador ayollar parhezi.

X BOB. TUG‘RUQ

Tug‘ruq fiziologik jarayon bo‘lib, unda homila va yo‘ldosh bachadon bo‘shlig‘idan tug‘ruq yo‘llari orqali haydab chiqiladi. Fiziologik tug‘ruq akusherlar hisobida 10 oy (280 kun yoki 40 hafta) davom etgan homiladorlikdan keyin ro‘y beradi, shu vaqtga kelib homila yetiladi va yorug‘ dunyoda yashashga to‘la qodir bo‘lib tug‘iladi.

TUG‘RUQNING XABARCHILARI VA BOSHLANISHI

Tug‘ruq xabarchilari deganda tug‘ruq yaqinlashganini bildiradigan bir qancha belgilar tushuniladi. Bu quyidagilardan iborat.

1. Homiladorlik oxirida (odatda, tug‘ruqqa 1—2 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson bo‘lib qolganini qayd qiladi va ayolning gavda tuzilishi o‘zgaradi. Ayol gerdayib yurishi ko‘zga tashlanadi.

2. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushadi; birinchi marta homilador bo‘lgan ayollarda homila boshi chanoq kirish qismiga zich taqalib turadi yoki hatto unga kichik segmenti bilan suqiladi.

3. Tug‘ruq oldidan bachadon bo‘yni «yetukligi» ning belgilari yaxshi bilinib turadi: bachadon bo‘yni chanoq o‘qi bo‘ylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan bo‘ladi, ilgari tuqqan ayollarda servikal kanaldan barmoq o‘tadigan bo‘lib qoladi.

Tug‘ruq vaqtida yana kalta tortib, tekislanadi.

4. Tug‘ruqdan oldin ko‘pincha bachadon bo‘yni bezlarining cho‘ziluvchan shilimshiq sekreti qindan chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida ko‘p ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tug‘ruqdan oldin dumg‘aza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi og‘riqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib ko‘rilsa, tug‘ruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa bo‘ladi, bu organizmdan ko‘p suv chiqayotganiga bog‘liq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon bo‘yni shilimshig‘ining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tug‘ruqning eng dastlabki xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruq boshlanganligini bildiradi. Tugʻruq boshlanganda har 10–15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tugʻruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi — bachadon boʻynining sekin-asta tekislanishidir. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib to tugʻruq tamom boʻlguncha *tugʻuvchi ayol* deb aytiladi.

TUGʻRUQNING HAYDOVCHI KUCHLARI (DARD VA TOʻLGʻOQ TUTISHI)

Tugʻruqning haydovchi kuchlariga: 1) bachadon muskullarining muntazam takrorlanuvchi qisqarishlari — *dard tutishi*, 2) dard tutishiga qoʻshiladigan qorin pressining ritm bilan *qisqarishi* (toʻlgʻoq) kiradi.

Dard tutishi. Bachadonning qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruqning asosiy haydovchi kuchi hisoblanadi. Dard tutishi tufayli bachadon boʻyni ochiladi (bachadon boʻynini ochuvchi dard tutishi), shu tariqa, homila va yoʻldoshning bachadon boʻshligʻidan itarilib chiqishiga yoʻl ochiladi. Dard tutishi natijasida homila bachadondan haydalib chiqadi (haydovchi dard).

Bachadon boʻyni ochilgach, dard tutishiga toʻlgʻoq tutishi ham qoʻshiladi. Homilaning haydalib chiqish jarayoni tugʻruqning ikkala kuchi (dard va toʻlgʻoq) bir vaqtda taʼsir etganligi natijasidir. Dard tutganda platsenta bachadon devorlaridan koʻchib haydalib tushadi (yoʻldoshni tushiruvchi dard tutishi). Nihoyat, tugʻruqdan keyin bir necha vaqtgacha bachadon ritm bilan qisqarib turadi (chillada dard tutishi).

Dard ixtiyordan tashqari tutadi, tugʻuvchi ayol dard tutishini oʻz istagi bilan boshqara olmaydi. Dard vaqt-bavaqt, maʼlum daqiqalardan keyin tutadi; dard tutishlar oʻrtasida oʻtadigan vaqt **pauza** deb ataladi. Bachadon qisqarishi, odatda ogʻriqli boʻladi, lekin turli ayollar bu ogʻriqni turli darajada sezadi.

Bachadon qisqarishi uning tubi va nay burchaklari sohasidan boshlanadi-da, tez orada bachadon tanasining pastki segmentgacha hamma muskullariga yoyiladi. Bachadonning pastki segmentida silliq muskul tolalari kamroq, shuning uchun tugʻruq vaqtida pastki segment choʻziladi va yupqa tortadi.

Har bir dard tutishi muayyan tartib bilan avj oladi; bachadon qisqarishi sekin-asta kuchayib, eng yuqori darajasiga yetadi; so'ngra muskullar bo'shashadi, pauza boshlanadi. Bachadonning zichlashuvi, qotishi so'ngra sekin-asta bo'shashuvi qo'l bilan tekshirilganda osongina payqaladi.

Tug'ruq boshlanganda har bir dard tutishi 10–15 sekund davom etadi tug'ruq oxiriga yaqinlashib esa o'rta hisob bilan 1 daqiqaga cho'ziladi. Tug'ruq boshlarida dard tutishlar o'rtasidagi pauzalar 20–15–10 daqiqa davom etib, keyin qisqaradi, homilaning tug'ilish davriga yaqin har 2–3 daqiqada va hatto undan ham tezroq dard tutib turadi.

To'lg'oq. Tug'ruqning haydovchi kuchlaridan ikkinchisi – to'lg'oq – qorin pressi va diafragma ko'ndalang-targ'il muskullarining qisqarishidan iborat. Bachadon bo'yni, parametral kletchatka va chanoq tubining muskullaridagi asab elementlariga homilaning oldinda yotgan qismi ta'sir etishi natijasida refleks yo'l bilan to'lg'oq tutadi.

To'lg'oq ixtiyordan tashqari tutadi, ammo tug'uvchi ayol to'lg'oqni ma'lum darajada boshqara oladi. Tug'uvchi ayol to'lg'oqni akusherning ko'rsatmasi bilan kuchaytiradi yoki kamaytiradi.

To'lg'oq vaqtida qorin ichidagi bosim ko'tariladi. Ayni vaqtda bachadon ichidagi bosimning ko'tarilishi (*dard tutishi*) va qorin ichidagi bosimning ko'tarilishi (*to'lg'oq*) shunga olib keladiki, bachadon ichidagi homila va yo'ldosh qarshilik kam tomonga, ya'ni kichik chanoq tomonga intiladi.

TUG'RUQ DAVRLARI

Tug'ruq uch davrga bo'linadi: birinchisi – **bachadon bo'ynining ochilish davri**, ikkinchisi – **homilaning tug'ilish davri**, uchinchisi – **yo'ldosh tushish davri**.

Bachadon bo'ynining ochilish davri *dastlabki* muntazam dard tutishidan boshlanib, pirovardida bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la ochilishi bilan yakunlanadi.

Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'yni tashqi teshigining to'la ochilgan paytidan boshlanib (to'lg'oq tutganidan) homila tug'ilishi bilan tugaydi.

Yo'ldosh tushish davri esa bola tug'ilgan paytdan boshlanib, yo'ldosh tushishi bilan tugaydi.

BACHADON BO'YNINING OCHILISH DAVRI

Tugʻruqning birinchi davrida bachadon boʻyni sekin-asta tekislanadi va boʻyin kanalining tashqi teshigi bachadon boʻshligʻidan homila chiqib ketishi uchun yetarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon boʻyni tekislanib, tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar roʻy beradi:

a) muskul tolalari qisqaradi bu jarayon — *kontraksiya* deyiladi.

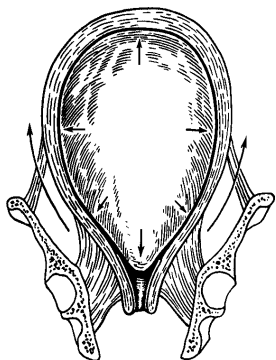
b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning oʻzaro joylashuvi oʻzgaradi, bir biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi — *retraksiya* deyiladi.

Dard tutguncha uzunlik boʻyicha ketma-ket yotgan muskul tolalari dard tutgach kaltalanadi, qoʻshni tolalar qavatiga siljib kiradi, bir-biriga yonma-yon yotadi.

Bir dard tutishi bilan ikkinchi marta dard tutguncha oʻtadigan davr (pauza)da muskul tolalarining siljiganligi saqlanib turadi. Navbatdagi dard tutishi (bachadon muskullarining qisqarishi) vaqtida muskul tolalarining retraksiyasi kuchayadi, shunga koʻra bachadon devorlari tobora qalin tortadi.

Bundan tashqari, retraksiya tufayli bachadonning pastki segmenti choʻziladi, bachadon boʻyni tekislanadi va boʻyin kanalining tashqi teshigi ochiladi. Buning sababi shuki, bachadon tanasining qisqarayotgan boʻylama muskul tolalari bachadon boʻynining doiraviy (sirkulyar) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon boʻynining kanali dard tutishi sayin kengayaveradi — bu holat *distraktsiya* deb ataladi.

Qogʻonoq suvlarining bachadon boʻyni kanali tomonga siljishi ham bachadon boʻynining ochilishiga yordam beradi. Har bir dard tutishida bachadon muskullari homila tuxumiga, asosan, qogʻonoq suvlariga tazyiq koʻrsatadi. Bachadon tubi va devorlarining bir tekis qisishi (tazyiq koʻrsatishi) tufayli bachadon ichi bosimi oshadi va qogʻonoq suvlari bachadon boʻyni kanalining ichki teshigiga, yaʼni qarshilik yoʻq tomonga intiladi (65-rasm). Qogʻonoq suvlarining tazyiqi ostida qogʻonoq pardasining pastki qutbi bachadon devorlaridan koʻchib, bachadon boʻyni kanalining ichki teshigiga ponasimon shaklda kiradi. Homila tuxumi pastki qutbi pardalarining shu qismi qogʻonoq suyuqligʻi bilan birga bachadon boʻyni kanaliga kiradi va **homila pufagi** deb ataladi.



65-rasm. Bachadonning qisqarishlari ta'sirida qog'onoq suvlari ichki teshik tomonga intiladi, homila pufagi teshikka suqilib turadi.

Dard tutgan vaqtda homila pufagi taranglanib va bachadon bo'yni kanaliga tobora chuqur kirib, bu kanalni ichkaridan kengaytira boradi.

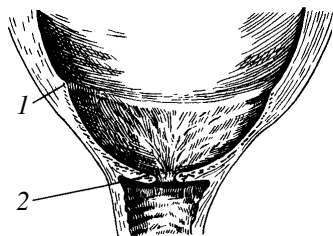
Shunday qilib, bachadon bo'ynining teshigi: a) bachadon tanasidagi bo'ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo'yni doiraviy muskullarining cho'zilishi (distraksiya) hisobiga, b) taranglashgan homila pufagining bo'yin kanaliga kirib, unga gidravlik pona kabi ta'sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga bachadon bo'yni ochiladi. Bachadon bo'ynining ochilishiga sabab bo'ladigan asosiy omil — bachadonning qisqarishi (dard tutishi)dir; dard tutishi tufayli bachadon bo'ynining distraksiyasi ham ro'y beradi, bachadon ichidagi bosim ham ko'tariladi, natijada homila pufagi taranglashib, bachadon bo'ynining teshigiga kiradi.

Bachadon retraksiyasida bachadonning bo'ynigina emas, pastki segmenti ham cho'ziladi. Bachadonning bo'g'zidan va bachadon tanasining eng pastki bo'limidan iborat bo'lgan pastki segment birmuncha yupqa devori, undagi muskul elementlari bachadonning yuqori segmentidagiga nisbatan kamroq. Pastki segmentning cho'zilishi homiladorlik vaqtidayoq boshlanadi va tug'ruq vaqtida yuqori segment muskullari (kavak muskul) retraksiyasi tufayli kuchayadi.

Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kavak muskul (yuqori segment) bilan bachadonning cho'zilayotgan pastki segmenti o'rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara **kontraksion** (yoki **chegara**) **halqa** deb ataladi.

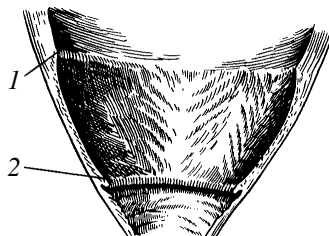
Odatda, kontraksion halqa qog'onoq suvlari ketgandan keyin vujudga kelib, ko'ndalangiga yotgan egatga o'xshab turadi, uni qorin devori orqali paypaslab bilish mumkin. Birinchi marta tug'ayotgan va takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tekislanishi va bo'yin kanalining ochilishi bir xilda bo'lmaydi.

Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'yni ichki teshigi oldin ochiladi; so'ngra bachadon bo'ynining kanali sekin-asta kengayib, pastga tomon torayuvchi voronka shaklini oladi.



66-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davrida; bachadon bo'yni tekislangan:

1—ichki teshikka mos keladigan joyi; 2—tashqi teshik (akusherlik teshigi) bir barmoq sig'arli ochilgan.

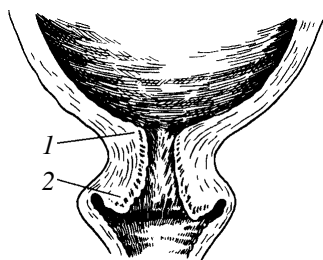


67-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni tekislangan, tashqi teshigi to'la ochilgan:

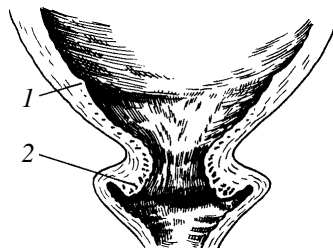
1—ichki teshikka mos keladigan joyi; 2—tashqi teshik cheti (kambar jiyak shaklida).

Bachadon bo'ynining kanali kengaygan sari bachadon bo'yni kaltalashadi va nihoyat, butunlay tekislanadi (yoziladi), faqat tashqi teshik yopiq turaveradi. Keyinchalik tashqi teshik cho'zilib, chetlari yupqa tortadi, teshik ochila boshlaydi (66- va 67-rasmlar).

Takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi homiladorlik oxiridayoq picha ochiq turadi (68-rasm), undan barmoq uchi bemalol o'tadi. Bachadon bo'ynining ochilish davrida ichki teshikning ochilishi va bachadon bo'ynining tekislanishi bilan deyarli bir vaqtda tashqi teshik ham ochiladi (69–70-rasmlar).



68-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davri boshlangan: 1—ichki teshik; 2—tashqi teshik; bo'ynin kanali bir barmoq sig'arli ochilgan.

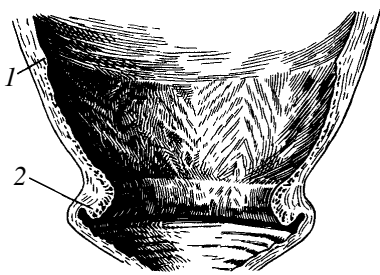


69-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni. Bachadon bo'yni yuqori yarmining tekislanishi va ayni vaqtda tashqi teshikning ochilishi: 1—ichki teshikka mos keladigan joyi; 2—tashqi teshik (ichki teshik bilan bir vaqtda ochilmoqda).

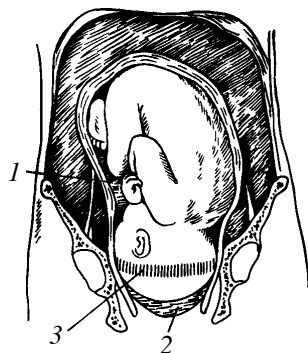
Tashqi teshik sekin-asta ochiladi. Dastlab teshik bir barmoq uchini o'tkazadi, keyin ochiq teshikdan ikkita va undan ortiq bar-

moq o'tadi. Teshik ochilgan sayin chetlari tobora yupqa tortadi, ochilish davrining oxiriga yaqin teshik chetlari kambar yupqa jiyak shakliga kiradi. Teshik taxminan 10–12 sm kengaygach, to'la ochilgan deb hisoblanadi. Teshik shuncha ochilganda yetuk homilaning boshini va tanasini o'tkazadi.

Har bir dard tutgan vaqtda qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga intiladi, homila pufagi taranglanib (to'lishib), teshikka suqilib kiradi. Dard tutib bo'lganda qog'onoq suvi qisman yuqoriga siljiydi, homila pufagining tarangligi picha kamayadi. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zida qimirlab turadigan bo'lguncha qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga va teskariga bimalol siljib turadi. Homila boshi pastga tushgach, hamma tomondan bachadonning pastki segmentiga tegib turadi va bachadon devorining shu qismini chanoq og'ziga qisib ushlaydi. Homila boshining pastki segmenti devorlari bilan o'ralgan joyi **tegish** (taqalish) **belbog'i** deb ataladi. Bu belbog' qog'onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi (71-rasm). Homila pufagidagi qogonoq suvining tegish belbog'idan pastda yotgan qismi **oldingi suv** deb ataladi. Qog'onoq suvining tegish belbog'idan yuqorida yotgan ko'proq qismini **orqa suv** deyishadi.



70-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadoni; bo'yni tekislangan, tashqi teshik to'la ochilgan. Teshik cheti kambar milk shaklida: 1—ichki teshikka mos keladigan joyi; 2—tashqi teshik.



71-rasm. Tashqi teshikning to'la ochilishi. Homila boshi chanoq og'zida: 1—tegish belbog'i; 2—oldingi suv; 3—orqa suv.

Dard tutishi kuchaygan sayin oldingi suv bilan homila pufagi tobora ko'p to'lishadi va ochilish davrining oxiriga yaqinlashganda dard tutmay turgan davrda ham homila pufagining tarangligi susaymaydi, homila pufagi yorilay deb turadi.

Normal sharoitda homila pufagi bachadon bo‘ynining tashqi teshigi to‘la yoki deyarli to‘la ochilgach, dard tutayotgan vaqtda yoriladi (qog‘onoq suvining o‘z vaqtida ketishi). Homila pufagi yorilgach, oldingi suv ketadi. Orqa suv, odatda, bola tug‘ilgandan keyin oqib chiqadi.

Homila pufagi ba‘zan tashqi teshik to‘la ochilmasdan turib yorilsa **qog‘onoq suvi barvaqt** (erta) **ketdi** deyishadi, tug‘ruq boshlanmasdan turib suv ketishi **muddatidan oldin suv ketishi** deb ataladi. Qog‘onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug‘ruqning kechishiga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Pardalar haddan tashqari zich bo‘lsa, homila pufagi tashqi teshigi to‘la ochilgandan keyin kech yoriladi (homila pufagining kech yorilishi), ba‘zan homilaning tug‘ilish davrigacha saqlanib turadi va oldinda yotgan qismning oldida jinsiy yoriqdan do‘ppayib ko‘rinib turadi, bunday hollarda barmoq bilan yoki asbob (Koxer qisqichi) bilan homila pufagi yirtiladi.

HOMILANING TUG‘ILISH DAVRI

Tashqi teshik to‘la ochilgach, homila bachadon bo‘shlig‘idan ilgarilama harakatlana boshlaydi. Qog‘onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15–20 daqiqa o‘tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmga moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskullarining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi asab chigallarini homila pufagidan ko‘ra ko‘proq bosadi. Shu sababli bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr (pauza) tobora qisqaradi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglashib, zichlashib, qorin devorini do‘ppaytiradi (“bachadon tikka turadi”).

Bachadonning qisqarishlariga tez orada to‘lg‘oq ham qo‘shiladi. To‘lg‘oq refleks yo‘li bilan kelib chiqadi. Tug‘uvchi ayol nafasini to‘xtatib turadi, qo‘l oyoqlarini tug‘ruq krovatiga tiraydi va qorin muskullarini taranglab, qattiq kuchanadi.

Homilaning tug‘ilish davrida ayolning hamma a‘zolariga zo‘r keladi, yurak-tomir tizimi zo‘r berib ishlaydi, modda almashinuvi kuchayadi.

To‘lg‘oq tutgan vaqtda tug‘uvchi ayolning yuzi o‘zgarib, yuzi va lablari ko‘karadi, ter bosadi, bo‘yin venalari taranglashadi, oyoq-

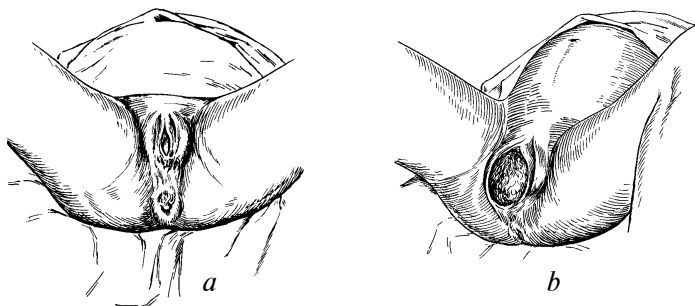
lari tortishadi. Charchagan ayol yangidan to'lg'oq tutguncha dam olib turadi.

Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi. Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) qisqarib, 2–3 daqiqaga qisqaradi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach, oraliq bo'rta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat to'lg'oq vaqtida do'ppaygan bo'lsa, keyin pauzalarda ham do'ppayaveradi. Oraliq do'ppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tug'ruqdan oldin to'g'ri ichak tozalanmagan bo'lsa, to'lg'oq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Shuning uchun tug'ruqqa kelgan har bir ayolning ichaklari tozalovchi huqna yordamida tozalanadi.

Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan ko'rinib turadi. To'lg'oq tutib bo'lgach, homila boshining ilgarilanma harakati to'xtaydi, homila boshi ko'zdan yo'qolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi to'lg'oq tutganda, homila boshining kattaroq bir qismi do'ppayib turadi, lekin pauzada (to'lg'oqlar orasidagi davrda) homila boshi yana ko'zdan yo'qoladi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan ko'rinishi homila **boshining suqilib kirishi** deb ataladi (72-rasm, *a*). Yana to'lg'oq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora ko'proq oldinga turtib chiqadi, endi u to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmaydi, jinsiy yoriq yumilmay, baralla ochiq turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmasa, **homila boshi yorib chiqdi** deb aytishadi (72-rasm, *b*).

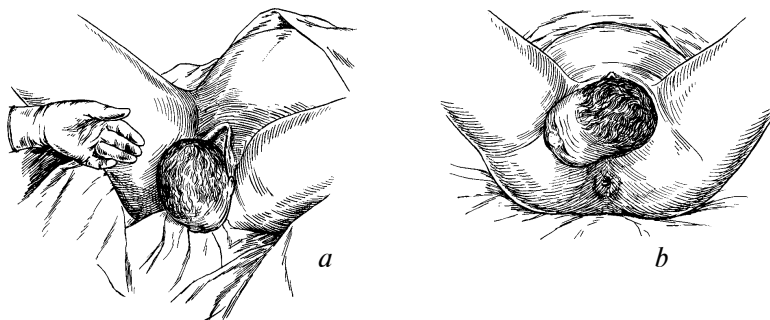
Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do'mboqlari jinsiy yoriqdan ko'rinadi; shu payt oraliqning taranglanishi nihoyasiga yetadi. Ensa va tepa do'mboqlar yorib chiqqach, qattiq to'lg'oq vaqtida homilaning peshonasi va yuzi ham tug'ruq yo'llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to'lg'oq qisqa vaqt to'xtaydi.



72-rasm. Homila boshining suqilib kirishi va yorib chiqishi:
a—boshning suqilib kirishi; *b*—boshning yorib chiqishi.

Homilaning tug‘ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo‘ladi (73-rasm, *a*). Yuzi ko‘karadi, og‘iz-burnidan shilimshiq keladi. Homila boshi tug‘ilgach, yangidan boshlangan to‘lg‘oqda homila tanasi buriladi, natijada homilaning bir yelkasi simfizga, ikkinchi yelkasi dumg‘azaga qarab turadi.

Homila tanasining burilishi tufayli tug‘ilgan boshi yuzini onasining o‘ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buradi (73-rasm, *b*). Homila yuzi birinchi pozitsiyada onaning o‘ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi.

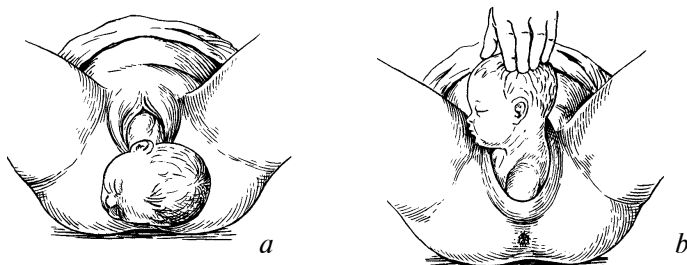


73-rasm. Homila boshining tug‘ilishi:

a—chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan; *b*—bosh yuzi bilan ona soniga qaraydigan bo‘lib burilgan.

Homilaning yelkalari tug‘ruq yo‘llaridan quyidagicha chiqadi: oldinga yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi (74-rasm, *a*), orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg‘anib chiqadi (74-rasm, *b*), so‘ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka ka-

mari chiqqach, tanasi va oyoqlari bemalol chiqadi. Picha loyqa orqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor. Ba'zan tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ozgina chaqalanishi sababli orqa suvlarga qon aralashgan bo'ladi.



74-rasm. Homila yelkalarining chiqishi:

a—oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi; *b*—orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

Yorug' dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, baralla chin-qiradi, oyoqlarini faol qimirlatadi, terisi qizaradi.

Ona qattiq charchaganligini his qiladi, orom oladi, tez-tez urayotgan tomiri asliga keladi (pulsi baravarlashadi). Tug'uvchi ayol ko'zi yorigandan keyin ko'pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to'lg'oq tutgan vaqtda ayol ko'p haroratini yo'qotadi.

Homila kichik chanoqdan va tug'ruq yo'llarining yumshoq qismlaridan o'tayotganda bajaradigan harakatlari yig'indisi **tug'ruq biomexanizmi** deb ataladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turidagi tug'ruq biomexanizmi eng tipik, normal mexanizm hisoblanadi. Hamma tug'ruqlarning 95 foizida ensa oldin keladi.

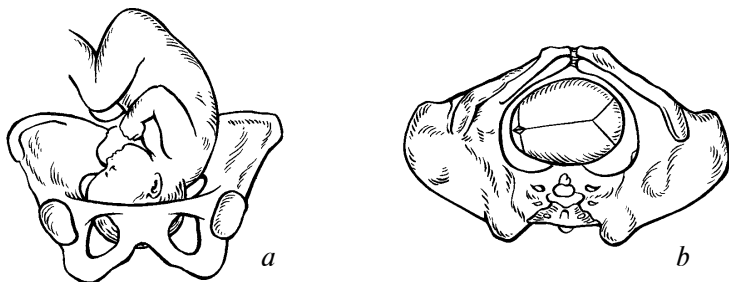
ENSA OLDINDA YOTISHINING OLDINGI TURIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

Tug'ruq biomexanizmi to'rt momentdan iborat:

Birinchi moment — homila boshining bukilishi (*flexio capitis*). Homila boshi ko'ndalang o'qi tevaragida bukiladi va o'zining o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamiga mos keladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila boshi kichik chanoq og'ziga suqilib kiradi (yoki taqaladi), o'q-yoysimon chok chanoqning ko'ndalang yoki picha qiyshiq o'lchamida turadi.

Homilaning tugʻilish davrida bachadon va qorin pressinging tazyiqi yuqoridan homilaning umurtqa pogʻonasiga va u orqali boshiga oʻtadi. Umurtqa pogʻonasi boshiga oʻrtasidan emas, balki ensasi yaqinidan tutashgan, shu tufayli goʻyo ikki yelkali richag hosil boʻladi, richagning kalta uchida ensa, uzun uchida peshona joylashadi. Bachadon va qorin ichidagi bosimning kuchi umurtqa pogʻonasi orqali avvalo ensa sohasiga oʻtadi (richagning kalta yelkasi). Ensa pastga tushadi, engak koʻkrak qafasiga yaqinlashadi, kichik liqildoq katta liqildoqdan pastroqda joylashadi (75-rasm).



75-rasm. Tugʻruq biomexanizmining birinchi momenti:

a—tugʻruq mexanizmining birinchi momenti—homila boshining bukilishi; *b*—chanoqdan chiqish teshigi tomondan koʻrinishi.

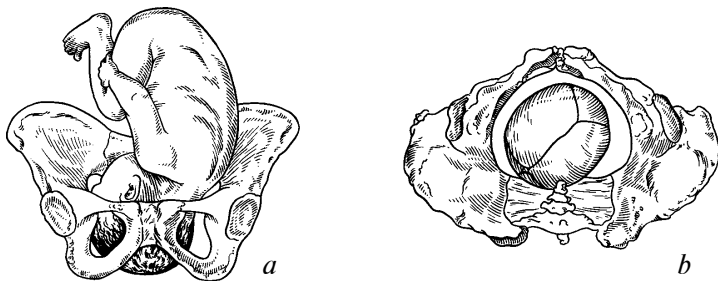
Keyinchalik kichik liqildoq sohasi hamisha chanoqning oʻtkazuvchi oʻqi boʻylab borib, jinsiy yoriqdan birinchi boʻlib koʻrinadi. Ensa oldinda yotishning oldingi turida kichik liqildoq **oʻtkazuvchi** (yetakchi) **nuqta** hisoblanadi.

Oldinda yotuvchi qismda joylashib, chanoq ogʻziga birinchi boʻlib tushadigan, ichki burilish vaqtida oldinda boradigan va jinsiy yoriqdan birinchi boʻlib koʻrinadigan nuqta **oʻtkazuvchi nuqta** deb ataladi.

Homila boshi bukilishi tufayli chanoqqa endi toʻgʻri oʻlcham (12 sm) oʻrniga eng kichik oʻlcham, yaʼni kichik qiyshiq oʻlcham (9,5 sm) bilan kiradi. Homila boshi chanoqning hamma tekisliklaridan va jinsiy yoriqdan shu kichraygan aylanasi bilan oʻtadi. Diametr *suboccipito-bregmatica* — 9,5 sm.

Ikkinchi moment — homila boshining ichki burilishi (*rotatio capitis interna*). Homila boshi oldinga qarab ilgarilanma harakat qiladi (pastga tushadi) va ayni vaqtda boʻylama oʻq tevaragida buriladi. Shu payt ensasi (va kichik liqildogʻi) oldingi simfiziga, peshonasi (va katta liqildogʻi) esa orqaga, dumgʻaza tomon buriladi (76-rasm, *a*).

Chanoq ogʻzida koʻndalang (yoki picha qiyshiq) oʻlchamda turgan oʻq-yoysimon chok endi oʻz vaziyatini sekin-asta oʻzgartiradi. Homila boshi chanoq boʻshligʻiga tushayotganda oʻq-yoysimon chok qiyshiq oʻlchamga oʻtadi (76-rasm, *b*); birinchi pozitsiyada oʻng qiyshiq oʻlchamga, ikkinchi pozitsiyada chap qiyshiq oʻlchamga oʻtadi.

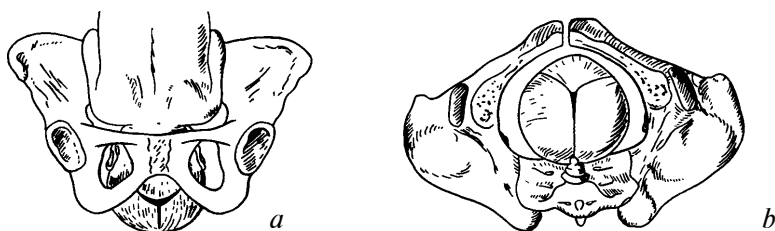


76-rasm. Tugʻruq biomexanizmining ikkinchi momenti:

a – homila boshining ichki burilishi; *b*–chanoqdagi chiqish teshigi tomondan koʻrinishi. Oʻq-yoysimon chok chanoqning oʻng tomondagi qiyshiq oʻlchamida turibdi.

Chanoqdan chiqish teshigida oʻq-yoysimon chok shu teshikning toʻgʻri oʻlchamiga mos keladi. Homila boshining ichki burilishi chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida oʻq-yoysimon chokning qaror topishi bilan tugaydi, pastga tushgan kichik liqildoq ayni vaqtda toʻppa-toʻgʻri simfizga qaragan boʻladi (77-rasm, *a* va *b*). Homila boshi chanoq boʻshligʻidan (chanoq ogʻzidan to chiqish teshigigacha) oʻtayotganda aksari 90° li yoy boʻylab aylanadi. Ensa ichki burilishgacha picha oldinga qaragan boʻlsa – bosh 45° buriladi, ensa picha orqaga qaragan boʻlsa – bosh 135° buriladi. Shunday qilib, homila boshining ichki burilishida oʻq-yoysimon chok chanoq ogʻzining koʻndalang oʻlchamidan chanoq boʻshligʻining qiyshiq oʻlchamiga, qiyshiq oʻlchamdan esa chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamiga oʻtadi.

Homila boshining ichki burilishini turli sabablarga bogʻlashadi. Harakatlanib borayotgan boshning chanoq oʻlchamlariga moslanish nazariyasi koʻproq tarqalgan. Bu nazariyaga muvofiq, homila boshi eng kichik aylanasi (kichik qiyshiq oʻlcham boʻyicha aylanasi) bilan chanoqning eng katta oʻlchamlaridan oʻtadi. Chanoq ogʻzida koʻndalang oʻlcham, chanoq boʻshligʻida qiyshiq oʻlcham, chanoqdan chiqish teshigida toʻgʻri oʻlcham eng katta oʻlcham hisoblanadi; homila boshi shunga yarasha koʻndalang oʻlchamdan qiyshiq oʻlchamga va soʻngra toʻgʻri oʻlchamga oʻtayotib buraladi.



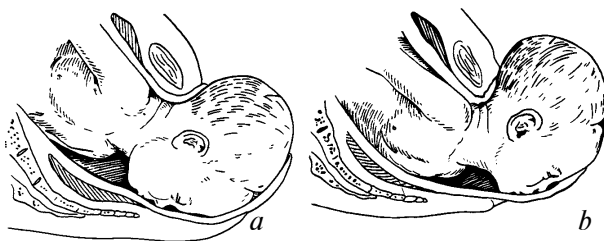
77-rasm. Homila boshining ichki burilishi:

a—homila boshining ichki burilishi tugagan; *b*—chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko‘rinishi. O‘q-yoyosimon chok chanoqning to‘g‘ri o‘lchamida turibdi.

Uchinchi moment — homila boshining yozilishi (*extensio capitis*). Homilaning qattiq bukilgan boshi chanoqdan chiqish teshigiga yetgach, unga chanoq tubining muskullari qarshilik ko‘rsatadi. Bachadon va qorin pressining muskullari qisqarib, homilaning dumg‘aza va dum suyagining uchiga tomon haydaydi. Chanoq tubining muskullari homila boshining shu yo‘nalishdagi harakatiga qarshilik ko‘rsatadi va uning oldinga, jinsiy yoriqqa tomon og‘ishiga yordam beradi.

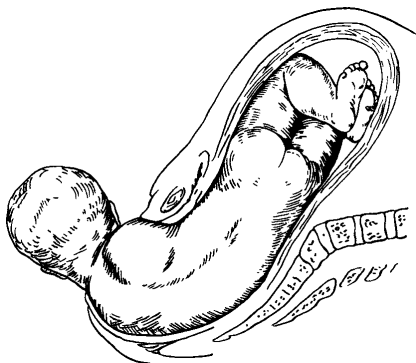
Homilaning tug‘ilayotgan boshi shu ikki kuch ta‘sir etishi tufayli yoziladi. Ensa ostidagi chuqurcha qov ravog‘ining ostiga taqalib, bosh yoziladi (78-rasm, *a*). Bosh shu tayanch nuqtasi tevaragida yoziladi (78-rasm, *b*); bosh yozilayotgan vaqtda peshona, yuz va engak yorib chiqadi, ya‘ni bosh batamom tug‘iladi. Bosh suqilib kirib yorib chiqayotgan vaqtda yoziladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida bosh kichik qiyshiq o‘lchamdan o‘tuvchi tekislik (aylanasi 32 sm) bilan vulvadan chiqadi.

78-rasm. Tug‘ruq biomexanizmining uchinchi momenti: *a*—homila boshining yozila boshlashi (suqilib kirishiga mos keladi); *b*—homila boshining yozilishi (yorib chiqishiga mos keladi).



Bosh yorib chiqayotganda qaysi tayanch nuqtasi atrofida bural-sa, o‘sha nuqta **fiksatsiya nuqtasi** yoki **gipomoxlion** deyiladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida ensa osti chuqurchasi fiksatsiya nuqtasi hisoblanadi.



79-rasm. Tugʻruq mexanizmining toʻrtinchi momenti. Homila boshining tashqi burilishi. Homila yelkalarining ichki burilishi tugagan, ular yorib chiqmoqda.

chanoq boʻshligʻida burila boshlaydi va qiyshiq oʻlchamga oʻtadi. Chanoq tubida yelkalarining ichki burilishi koʻndalang oʻlcham bilan tugaydi, chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida yelkalar qaror topadi (bir yelka simfizga, ikkinchi yelka dumgʻazaga qarab turadi) (79-rasm). Yelkalarining burilishi boshga oʻtadi: yelkalar chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida qaror top-gach, yuz onaning soniga qarab buriladi.

Toʻrtinchi moment — homila boshining tashqi tanasining ichki burilishi (*rotatio capitis yexterna et trunci interna*).

Homila boshi tugʻilgandan keyin yuzi pozitsiyaga qarab ona-niing oʻng yoki chap soniga qarab buriladi. Birinchi pozitsiyada yuz onaning oʻng soniga, ikkin-chi pozitsiyada chap soniga bu-riladi. Homila boshining tashqi burilishi yelkalarining ichki buri-lishiga bogʻliq. Homila yelkalar-i chanoqqa koʻndalang yoki picha qiyshiq oʻlchamda kiradi; yelkalar

YOʻLDOSH TUSHISH DAVRI

Homila tugʻilgandan keyin tugʻruqning uchinchi davri — yoʻl-dosh tushish davri boshlanadi. Bu davrda: 1) platsenta va pardalar bachadon devorlaridan koʻchadi, 2) koʻchgan yoʻldosh tugʻruq yoʻllari orqali chiqib ketadi.

Yoʻldosh tushish davridagi dard tutishi platsentaning koʻchi-shiga yordam beradigan asosiy shartdir; koʻchgan yoʻldoshning haydalib chiqishida qorin pressi ishtirok etadi. Bola tugʻilgach, bachadon qisqarib, yumaloq shaklga kiradi; bachadon tubi kindik roʻparasida joylashadi; bir necha daqiqadan keyin bachadon mus-kullari ritm bilan qisqara boshlaydi — yoʻldosh tushish davridagi dard tutishi boshlanadi.

Yoʻldosh tushish davrida dard tutganda bachadonning hamma muskullari, shu jumladan platsenta yopishgan soha (platsentar maydoncha) muskullari ham qisqaradi. Platsenta esa qisqara olmay-

di, shuning uchun u yopishgan joyning torayayotgan qismidan siljiydi. Har gal dard tutganda platsentar maydoncha kichrayadi, platsenta burmalanadi, bu burmalar bachadon bo'shlig'iga do'p-payib chiqadi, nihoyat, bachadon devoridan ko'chib ketadi.

Platsenta bachadon devoridan ko'chayotganda platsentaning ko'chgan qismi sohasidagi bachadon – platsenta tomirlari uziladi. Tomirlardan chiqqan qon bachadon devori bilan platsenta oralig'ida to'planib, platsentaning yopishgan joyidan yanada ko'proq, ko'chishiga yordam beradi.

Yo'ldosh tushish davrida platsentaning ko'chishi natijasida uzilgan qon tomirlari (bachadon platsenta tomirlari)dan qon chiqadi. Yo'ldosh tushish davri normal o'tganda 250–300 ml (o'rta hisob bilan 250 ml) qon ketadi. Bu qon yo'qotish fiziologik hodisa bo'lib, ayol organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Yo'ldosh tushgandan keyin bachadon uzoq qisqarish holatiga keladi. Qisqargan muskul tolalari ochilgan tomirlar teshigini qisib qo'yadi, shunga ko'ra qon ketishi to'xtaydi. Yo'ldosh tushishi bilan tug'ruq tugab, chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr) boshlanadi.

Ayolni tug'ruq tugagan paytdan boshlab tug'uvchi ayol deb emas, balki **tuqqan** (ko'zi yorigan) **ayol** deb atashadi.

TUG'RUQNING DAVOMIYLIGI

Tug'ruqning qancha davom etishi turli sabablarga, asosan, tug'ruq kuchlari (dard va to'lg'oq) xarakteriga bog'liq. Dard va to'lg'oq qancha kuchli tutsa, tug'ruq o'shancha qisqa davom etadi. Homilaning kattaligi, oldinda yotgan qismining chanoq og'ziga suqilishi, chanoq o'lchamlari, qog'onoq suvining ketish vaqti va shu kabilar tug'ruqning qancha davom etishiga ta'sir qiladi.

Birinchi tug'ruq takror tug'ruqdan aksari uzoqroq davom etadi; keksaygan (yoshi 30 dan oshgan) va keksa davrida birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda tug'ruq ko'pincha cho'zilib ketadi. Ayol organizmi to'la yetilmaganda (infantilizm), semiz va juda ozib ketgan ayollarda tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi qayd qilinadi.

O'rta hisob bilan olganda, tug'ruq birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda qariyb bir sutka (10–11 soat), takror tug'ayotgan ayollarda 6–7 soat davom etadi.

Bachadon bo‘ynining ochilish davri eng uzoq davr bo‘lib, birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda 9–10 soat, takror tug‘ayotgan ayollarda 5–6 soat davom etadi.

Homilaning tug‘ilish davri birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda 1–2 soat, takror tug‘ayotgan ayollarda 15–40 daqiqa davom etadi.

Yo‘ldosh tushish davri birinchi marta va takror tug‘ayotgan ayollarda 10–20 daqiqa (o‘rta hisob bilan 15 daqiqa) davom etadi.

Hozirgi paytda tug‘ish vaqti ancha tezlashib qolganligi kuzatilmog‘da, bu hol ayniqsa yosh sog‘lom (20–25 yoshli) ayollarda ko‘proq ko‘zga tashlanadi. Buni ayollar sog‘lig‘ining mustahkamlanishiga imkon beruvchi moddiy farovonlikning, madaniyatning, tibbiy yordam sifatining oshganligi va boshqa omillar bilan tushuntiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Tug‘ruq, tug‘ruq darakchilari va tug‘ruq davrlari.
2. Normal tug‘ruq biomexanizmi. Homila boshi ensa bilan joylashuvining oldingi turida tug‘ruq biomexanizmi.
3. Yo‘ldosh tushish davri.
4. Tug‘ruqning davomiyligi.

XI BOB. TUG‘RUQNI BOSHQARISH

TUG‘UVCHI AYOLLARNI QABUL QILISH VA SANITARIYA ISHLOVIDAN O‘TKAZISH

Tug‘uvchi ayollar tug‘ruq kompleksiga kelgach ustki kiyimini dahlizda qoldirib, filtrga o‘tadi.

Filtrda sog‘lom tug‘uvchilar bemor yoki yuqumli kasalliklarga shubhasi bo‘lgan ayollardan ajratiladi.

Akusher tug‘uvchi ayolning umumiy ahvoli bilan tanishadi, yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlar bilan yaqin aloqada bo‘lgan-bo‘lmaganligini aniqlaydi, ayolni birinchi marta ko‘zdan kechiradi, terisiga (madda, furunkulyoz, chipqon bor-yo‘qligi), tomog‘iga (qizarganligi, karash boylaganligi) va jinsiy a‘zolariga (yiring chiqayotganligi, kondilomalar va shu kabilar bor-yo‘qligi) e‘tibor beradi. Shu yerda yana ayolning tana harorati o‘lchanadi va tomir urishi (pulsi) sanaladi.

Sog‘lom tug‘uvchilar filtdan birinchi akusherlik bo‘limining ko‘rik va dushxonasiga yuboriladi (ko‘rik-dushxona bitta bo‘lishi mumkin).

Tana harorati ko‘tarilgan, terisida yiringli kasalliklar bo‘lgan, gripp, angina va boshqa yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan tug‘uvchilar filtdan maxsus izolatorga o‘tkaziladi.

Ko‘rik-dushxonada tug‘uvchilar tekshirilib, sanitariya qayta ishlovidan o‘tkaziladi.

Buning uchun quyidagi asbob-anjomlar kerak: 1) kushetka, 2) stol, 3) Esmarx krujkasi, 4) shtativ, 5) tug‘uvchi ayolni tortish uchun tarozi, rostomer (bo‘y o‘lchagich), 6) termometrlar, 7) akusherlik stetoskopi va oddiy stetoskop, 8) tazomer, 9) santimetrli tasma, 10) huqnalar uchun nakonechniklar jamlamasi, 11) tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini yuvish uchun Esmarx krujkasi (nakonechniklari bilan), 12) ustara, 13) qo‘l yuvish uchun steril cho‘tkalar, 14) tug‘uvchi ayolning yuvinishi uchun qaynatilgan mochalka, 15) steril materialni ushlab turish uchun steril pinset va kornsanglar, 16) arterial bosimni o‘lchash uchun tonometr, 17) shpatel, 18) teri ostiga dori-eritma yuborish uchun steril shpris va ignalar to‘plami, 19) qaychi, 20) qon guruhini

aniqlash uchun standart zardoblar va boshqa zarur narsalar, 21) steril material (paxta, sharcha, salfetaklar), 22) spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar (lizoform, xloramin), sovun, 23) kleyonka, choyshab, sochiqlar, 24) sudna (tuvak).

Tug‘uvchi ayol tekshiriladi va sanitariya qayta ishlovidan o‘tkaziladi.

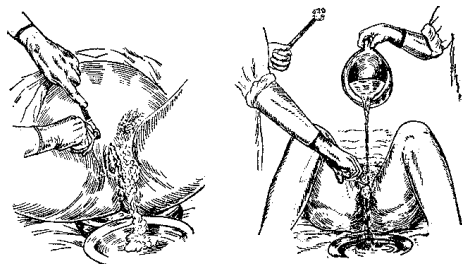
1. Anamnez to‘planib, pasportdagi ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yoziladi.

2. Badan, ko‘zga ko‘rinib turgan shilliq pardalar, qorin, chanoq sohalari sinchiklab ko‘zdan kechiriladi, yurak, o‘pka (perkussiya, auskultatsiya qilinadi) va boshqa a‘zolar tekshiriladi. Tug‘uvchi ayolning bo‘yi o‘lchanadi va vazni tarozida tortib aniqlanadi. Tug‘ruqqa kelgan tug‘uvchi har bir ayolning arterial bosimi, albatta o‘lchanadi.

3. Tug‘uvchi ayol toza choyshab yozilgan kushetkaga yotqizilib, tashqi tekshirish o‘tkaziladi (palpatsiya, auskultatsiya qilinadi, bachadon tubining balandligi, qorin hajmi va chanoq o‘lchanadi), tashqi jinsiy a‘zolar ko‘zdan kechiriladi. Tug‘uvchi ayolni qin orqali, odatda sanitariya ko‘rigi xonasida emas, balki tug‘ruq bo‘lmasida tekshiriladi.

Tug‘uvchi ayolni obyektiv tekshirishda olingan hamma ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yoziladi.

4. Tashqi jinsiy a‘zolar juni qiriladi (ustaralar hamisha spirtli idishda saqlanadi). Akusher oldin qo‘llarini yuvib, spirt bilan artadi. So‘ngra tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini steril paxta yoki cho‘tkada sovunlaydi, qov, katta jinsiy lablar va oraliq junini qirib tozalanadi (80-rasm, a).



80-rasm. Tashqi jinsiy a‘zolarni tug‘ruqqa tayyorlash:

a-qov va tashqi jinsiy a‘zolar junini qirish; b-tashqi jinsiy a‘zolarini dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvish.

5. Juni qirilib bo‘lgach, tashqi jinsiy a‘zolar kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (0,5% li xloramin eritmasi, 1:6000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi) bilan yuviladi (80-rasm, b), kornsangga qisilgan steril doka bilan quritiladi. Vrachning maxsus ko‘rsatmasi bo‘lmasa, tug‘uvchi ayollarning qini chayilmaydi.

Qindan patologik chiqindi kelmayotgan bo'lsa, tug'uvchi ayolga toza, quruq tuvak tutiladi. Tuvakdan 8–10 ml siydik olib tekshiriladi.

Qindan yiringsimon yoki qon aralash chiqindi kelayotgan bo'lsa, siydikni steril kateter bilan olib tekshiriladi. Kateterlashdan oldin qo'l yana yuvilib, spirt bilan tozalanadi, vulva dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.

Tug'uvchi ayolning **siydigi albatta tekshiriladi**. Tug'ruqxonaga kelganda siydigi tekshirilib, aseton, oqsil bor-yo'qligi aniqlanadi, buning uchun siydikka sirka kislota qo'shib qaynatiladi yoki sulfasalitsilat kislota bilan tekshiriladi. Keyinchalik siydik laboratoriyada tekshirib turiladi.

Oqsil bor-yo'qligini aniqlash uchun sirka kislota bilan tekshirish. Probirkaga 8–10 ml siydik solib, spirt lampasida qaynatiladi. Siydikda oqsil yoki bir talay tuz bo'lsa, qaynatilganda loyqalanadi. Loyqalangan siydikka sirka kislota kuchsiz (3–5%) eritmasidan bir necha tomchi qo'shib, yana qaynatiladi. Ayni vaqtda, loyqa yo'qolmasa, siydikda oqsil bor, siydik tiniq bo'lib qolsa, uning loyqalanishi tuzlarga bog'liq bo'ladi (tuzlar sirka kislota ishtirokida erib ketadi).

Sulfasalitsilat kislota bilan tekshirish. Probirkaga filtrlangan siydikdan 4–5 ml quyib, sulfasalitsilat kislota eritmasidan 8–10 tomchi qo'shiladi. Siydikda oqsil bo'lsa, durda-durda cho'kma yoki loyqa hosil bo'ladi.

6. Tug'uvchi ayollar ichaklarini tozalash maqsadida, albatta huqna qo'yiladi, ayol tug'ruqqa homilaning tug'ilish davrida kengandagina huqna qilinmaydi. Huqna uchun qaynatib, uy haroratigacha sovutilgan suvdan 3–4 stakan olinadi, tug'uvchi ayol chap yoni bilan yotadi. Uchlik steril bo'lishi kerak. Foydalanilgan uchliklar yuviladi, qaynatiladi va yangidan ishlatilguncha xloramin eritmasida saqlanadi.

Tug'uvchi ayol hojatxonaga kirganda unga akusher yoki sanitar qarab turishi kerak, chunki ayol kuchanganda homilasi tug'ila boshlashi mumkin.

7. Ayolning ichaklari bo'shatilgandan keyin qo'l-oyoq tirnoqlari kalta qilib olinadi, sochi sinchiklab tekshiriladi. Boshi sovunlab yuviladi.

8. Tug'uvchi ayol dushda yuvinadi, vannaga tushish taqiqlanadi, chunki ifloslanib mikroblar aralashgan suv qinga ketib qolishi

mumkin. Dush bo‘lmasa, tug‘uvchi ayol obdastada boshidan suv quyib yuvintiriladi. Tug‘uvchi ayol dushdan chiqqach toza choyshabga artinib, toza ko‘ylak, xalat kiyadi, kosinka bog‘lab oladi va tug‘ruqdan oldingi bo‘lmaga olib boriladi. To‘lg‘oq boshlangan bo‘lsa, tug‘uvchi ayolni akusher g‘ildirakli stolda (katakada) to‘ppa-to‘g‘ri tug‘ruq zaliga olib boradi.

TUG‘RUQDAN OLDINGI BO‘LIM VA TUG‘RUQ BO‘LIMINING ASBOB-ANJOMLARI

Tug‘uvchi ayol bachadon bo‘yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha tug‘ruqdan oldingi bo‘limida yotadi, homilaning tug‘ilish davri boshlangach, tug‘ruq bo‘limiga ko‘chiriladi. Kichkina tug‘ruq bo‘limlarida aksari tug‘ruqdan oldingi bo‘lim yo‘q, shuning uchun tug‘uvchn ayol to‘g‘ridan to‘g‘ri tug‘ruq bo‘limiga olib kelinadi.

Tug‘ruqdan oldingi bo‘lim va tug‘ruq bo‘limi juda ham ozoda tutiladi, ularda tug‘ruqni boshqarish uchun zarur asbob-anjomlar bo‘ladi, xolos; ortiqcha buyumlar qat‘iy sanitariya-gigiyena rejimini amalga oshirishga xalal beradi.

Tug‘ruqdan oldingi bo‘limda oddiy krovatlar, dori shkaflari (ularda og‘riq qoldiruvchi, yurakni quvvatlovchi, qon to‘xtatuvchi, dezinfeksiyalovchi va boshqa dorilar turadi), asboblarni shkafi, krovat yonidagi stolchalar, tug‘ruq tarixini yozish uchun stol, steril material uchun taglik, qo‘l yuvish vositalari (sovun, cho‘tka, suv) bo‘ladi.

Tug‘ruq bo‘limida tug‘ruq krovatlari, steril material va asboblarni qo‘yish uchun ko‘chma stolchalar, yangi tug‘ilgan bolani yo‘rgaklash stolchasi, bolalar tarozisi va rostomer, tug‘ruq tarixini to‘ldirish stoli, steril material turadigan bikslar uchun tagliklar, dezinfeksiyalovchi moddalar turadigan idishlar bor. Tug‘ruqdan oldingi bo‘lma yo‘q bo‘lsa, dorilar va asboblarni saqlanadigan shkaflar tug‘ruq bo‘lmasida turadi.

Tug‘ruq bo‘lmasida yurakni quvvatlaydigan dorilar (kofein, kamfora, kardiazol va hokazo), qon to‘xtatuvchi dorilar (ergotin, pituitrin, oksitotsin va hokazo), og‘riq qoldiradigan dorilar (ayrim shkafda saqlanadi), yangi tug‘ilgan bolalarni oftalmoblenoreyadan saqlash uchun 1% eritromitsin mazi, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar doim bo‘lishi lozim.

Kindikni qirqadigan steril qaychilar, kindik qoldig'ini bog'laydigan ligaturalar, shprislar, steril material, fiziologik eritma va Bobrov apparati, asfiksiya holatida tug'ilgan bolaga yordam berish vositalari (vannachalar, sovuq va issiq suv, shilimshiqni tortib olish uchun nok shaklidagi rezina ballon va hokazo) hamisha tayyor turishi kerak.

PARTNYORLIK (HAMKORLIK) TUG'RUG'I

Keyingi yillarda homilador ayollarda tug'ruqning bexatar o'tishini ta'minlash maqsadida ularni ruhiy qo'llab-quvvatlash uchun uning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, opasi, singlisi yoki yaqin dugonasi) tug'ruq paytida tug'uvchi ayol bilan birga bo'lishiga tegishli shart-sharoitlar yaratib beriladi.

Partnyorlik tug'ruqlarini olib borishda doyaning roli butun tug'ruq jarayonida tug'uvchi ayolni jismonan va ruhan qo'llab-quvvatlab turishdan iborat bo'ladi. Tug'ruq vaqtida doya tug'uvchi ayolni o'tkazilayotgan muolajalar va tibbiy tekshirishlar natijalari bilan tanishtirib borishi, tug'ruq jarayonining rivojlanishi va tug'ruqning kutilayotgan vaqti haqida ma'lumot berib borishi lozim.

Tug'ruq vaqtida tug'uvchi ayolning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, oilasi va h.k. doya bilan birgalikda) ishtiroki tug'ruq rivojlanishi va natijasiga, onaning tug'ruqdan keyingi adaptatsiyasiga, ona va bolaning o'zaro munosabatiga, ko'krak bilan ovqatlantirishga va oilaviy munosabatlarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bu holat tug'ruq davomiyligini va kesar kesish operatsiyasini sezilarli darajada kamaytiradi, og'riqsizlantirish vositalarining qo'llanilishini kamaytiradi, chaqaloqqa tez tibbiy yordam muolajalarini qo'llashni qisqartiradi. Chaqaloqni ko'krak bilan ovqatlantirishga va uning ahvolidan yaxshilanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

BACHADON BO'YNINING OCHILISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqdan oldingi bo'limda (yoki tug'ruq bo'limida) akusher anamnez ma'lumotlarini oydinlashtiradi, tug'uvchi ayolni qo'shimcha ko'zdan kechiradi (gavda tuzilishi, qorin shakli, bel-dumg'aza rombining shakli va hokazo) va batafsil akusherlik tek-

shirishini o'tkazadi. Anamnezning barcha qo'shimcha ma'lumotlari, umumiy tekshirish va akusherlik tekshirishining ma'lumotlari tug'ruq tarixiga yozib qo'yiladi.

Tug'uvchi ayol yotqizib qo'yiladi. Qog'onoq suvi kelmaganda, dard unchalik qattiq va tez-tez tutmayotganda va homila boshi chanoq og'ziga tiralib turgandagina o'rindan turish ruxsat etiladi. Shu shartlar bo'lmasa, tug'uvchi ayol o'rnida chalqancha yoki yoni bilan o'zi uchun qulay vaziyatda yotadi.

Bachadon bo'yni ochiladigan davrda akusher tug'uvchi ayolning ahvolini (charchaganligi, boshi aylanishi, bosh og'rig'i, ko'rish funksiyasining buzilishi va hokazo) tug'ruq dinamikasini va homila yuragining qanday urayotganini sinchiklab kuzatadi, pulsini vaqt-bavaqt sanab turadi. Tug'ruq normal borayotganda puls bir-muncha tezlashadi-yu, to'liq va ritmik bo'lib qolaveradi. Tug'uvchi ayolning tana harorati kuniga 2–3 mahal o'lchanadi.

Bachadon bo'yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha dard tutish xarakteri kuzatib turiladi. Akusher dard tutish kuchi, muddati va takrorligini kuzatadi. Dard necha marta tutayotganligini bilish tavsiya etiladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila pufagi yorilmagan bo'lsa **homilaning yurak urishi** har 15–20 daqiqada, suv ketgandan keyin esa 5–10 daqiqada **eshitib turiladi**. Homila yuragining har daqiqada 160 marta va undan ortiq urishi, shuningdek yurak urishlari 110 ga tushishi va undan ham pasayishi homilaning bo'g'ilib qolish (asfiksiya) xavfi borligidan darak beradi.

Homila pufagining yorilishi va qog'onoq suvining ketishi tug'ruqning mas'uliyatli bosqichidir, shuning uchun unga akusher alohida e'tibor berishi kerak. Odatda qog'onoq suvi bachadon bo'yni to'la yoki to'laga yaqin ochilgach ketadi. Qog'onoq suvi tiniq suyuqlikdan iborat bo'ladi. Qog'onoq suviga mekoniy aralashganligi, odatda, homila asfiksiyasi boshlanayotganligidan darak beradi, qon aralashganligi tashqi teshik chetlarining yirilganligini, platsentaning ko'chganligini va boshqa patologik jarayonlar borligini ko'rsatadi. Suv ketayotgan paytda homila boshi kichik chanoq og'ziga tiralagan bo'lsa (tegish belbog'i bo'lmasa) kindik qovuzlog'i yoki homila qo'li qog'onoq suvi bilan qinga chiqib qolishi mumkin. Kindikning qinga chiqib qolishi homilaning asfiksiyasiga sabab bo'ladi, qo'lning qinga chiqib qolishi esa homilaning tug'ilishini qiyinlashtiradi yoki unga to'sqinlik qiladi.

Tug‘uvchi ayol tug‘ruq bo‘limiga kirgach va qog‘onoq suvi ketgach, darhol **qin orqali tekshiriladi**.

Tug‘ruq davomida qin orqali tekshirish ko‘rsatmalarga qarab o‘tkaziladi: homilaning tug‘ilish davri cho‘zilganda, homilaning vaziyati va oldinda yotuvchi qismi noaniq bo‘lganda, tug‘ruq yo‘llaridan qon ketganda, homila asfiksiyasi va shunga o‘xshash hollarda qin orqali tekshiriladi.

Tug‘uvchi ayolning tug‘ruq yo‘llaridan kelayotgan chiqindi tug‘ruq vaqtida sinchiklab kuzatib turiladi. Tug‘ruqning birinchi davrida suv ketguncha bo‘yin kanalidagi yopishqoq tiniq shilimshiq ajralib chiqadi.

Qovuq va ichak funksiyasiga qarab turish kerak. Qovuq va to‘g‘ri ichak to‘lib ketganda ochilish davri bilan homila tug‘ilish davri normal o‘tolmaydi, yo‘ldosh tushishida qiyinchilik bo‘ladi.

Qovuq atoniyasida ayol siygisi kelayotganini sezmaydi, qovuq shuning natijasida to‘lib ketishi mumkin. Homila boshi siydik chiqarish kanalini simfizga taqab qo‘yganda ham qovuq to‘lib ketadi. Qovuq to‘lib ketishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun tug‘uvchi ayolga har 2–3 soatda o‘zicha siyish buyuriladi. Tug‘uvchi ayol qovug‘ini o‘zicha bo‘shata olmasa, kateterlanadi.

Qovuq quyidagicha **kateterlanadi**. Tug‘uvchi ayolning tashqi jinsiy a‘zolari kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi. Akusher qo‘llarini cho‘tkada sovunlab yuvadi va spirt bilan artadi. Chap qo‘lining ishora va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi ochiladi va kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (kaliy permanganat) bilan artiladi. Kateter, yaxshisi elastik kateter, o‘ng qo‘lga olinib, uchi uretra orqali qovuqqa avaylab kiritiladi. Siydik xususiyatlari (tiniqligi, loyqaligi, qon aralashganligi) aniqlanadi va zarur bo‘lsa tekshirishga yuboriladi.

Ichakning pastki bo‘limini o‘z vaqtida bo‘shatish muhim. Ochilish davri 12–15 soatdan uzoqqa cho‘zilsa, ichakni tozalash maqsadida huqna qo‘yiladi.

HOMILANING TUG‘ILISH DAVRINI BOSHQARISH

Bu davrda tug‘uvchi ayol organizmiga juda zo‘r keladi; asab, yurak-tomir va muskul sistemalari, nafas a‘zolari va boshqa a‘zo hamda tizimlar zo‘r berib ishlaydi. Shu munosabat bilan yurak, tomirlar, o‘pka va boshqa a‘zolari kasallangan ayollarda yurak fao-

liyati va gazlar almashinuvi homilaning tug‘ilish davrida buzilishi mumkin.

Homilaning tug‘ilish davri uzoq davom etganda, to‘lg‘oq qat-tiq va tez tutganda bachadon bilan platsenta o‘rtasida qon aylanishi to‘xtab, homila bo‘g‘ilib qolishi mumkin. Shu sababli **tug‘ruqning ikkinchi davrida** tug‘uvchi ayol qornidagi homilaning ahvoriga, ayniqsa katta e‘tibor berish zarur.

Akusher tug‘uvchi ayolning umumiy ahvoriga, teri va ko‘rinib turgan shilliq pardalarning rangiga muntazam qarab turadi, pulsini sanaydi, arterial bosimini o‘lchaydi, ayolning kayfiyatidan boxabar bo‘lib turadi (boshi aylanayotganligini, boshi og‘riyotganligiga, ko‘zi xiralashayotganligi va shu kabilarni aniqlaydi). Tug‘ruq xarakterini (to‘lg‘oqlarning kuchini, qancha davom etayotganligini, takrorligini) va bachadon holatini kuzatib turish kerak. Bachadonning qisqarish darajasi va pauzada bo‘shashuvi, yumaloq boylamlar tarangligi, kontraksion halqaning qay balandlikda ekanligini palpatsiya yo‘li bilan aniqlanadi. Bachadon pastki segmentining holati (yupqalanganligi yoki bezillab turganligi)ga e‘tibor beriladi.

Homilaning tug‘ilish davrida oldinda yotgan qismining tug‘ruq yo‘llaridan o‘tib borishini aniqlash maqsadida tashqi akusherlik tekshirishi takror o‘tkazib turiladi. Kichik chanoqning turli tekisliklariga homila boshining munosabati uchinchi va to‘rtinchi amal bilan aniqlanadi. Buni qin orqali tekshirishda aniqroq bilish mumkin.

Tug‘ruqning ikkinchi davrida **homila yuragining tonlarini har bir to‘lg‘oqdan keyin** eshitish shart; homilaning tug‘ilish davrida bo‘g‘ilib qolish xavfi qog‘onoq suvi ketmagan birinchi davrdagiga nisbatan ko‘proq bo‘ladi. Auskultatsiyada homila yuragining urib turish takrorligi, tonlarining ritmi va jarangliligiga e‘tibor beriladi; homilaning yurak faoliyatiga aniqroq baho berish uchun yuragining qanday urayotganini **eshitish** bilangina kifoyalansinmay, tonlarini sanash ham kerak. Yurak tonlari har 10–15 minutda sanalib, olingan ma‘lumotlar tug‘ruq tarixiga yozib turiladi. Ko‘rsatma bo‘lganda ultratovush apparati yordamida elektrofonokardiografiya metodi bilan yoki monitor kuza-tish o‘tkazib, homilaning yurak faoliyatini aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a‘zolar holatiga va qindan kelayotgan chiqindi tavsifiga qarab turish katta ahamiyatga ega. Tashqi jinsiy a‘zolarining shishganligi tug‘ruq yo‘llarining yumshoq to‘qimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi o‘rtasida qisilib qolganligini ko‘rsatadi; qonli chiqindi kelishi platsentaning ko‘cha boshlaganligidan yoki

tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari shikastlanganligi (yirtilganligi, chaqalanganligi)dan darak berishi mumkin.

Homila boshi oldinda yotganda qogʻonoq suviga mekoniy aralashganligi homilaning boʻgʻilib qolish belgisi hisoblanadi; qindan yiringli chiqindi kelishi infeksiyadan guvohlik beradi.

Homilaning tugʻilish davrida ayol Raxmanov krovatida oʻzi uchun qulay vaziyatda chalqancha yotadi. Shu davrning oxiriga kelib, tugʻuvchi ayol oyoqarini chanoq-son va tizza boʻgʻimlaridan bukib, chalqancha yotaveradi. Krovatning bosh tomoni koʻtarib qoʻyiladi; tana yuqori qismining balandroq turishi toʻlgʻoqni osonlashtiradi va oldinda yotgan qismning tugʻruq kanalidan bemalol oʻtishiga yordam beradi. Krovatning oyoq tomonidagi polster olib qoʻyiladi, natijada tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini kuza-tish osonlashadi va tugʻruqni qabul qilish sharoiti yaxshilanadi.

Homila boshi suqilib kirgan paytdan boshlab, akusher tugʻruqni qabul qilishga shay boʻlib turishi kerak. U operatsiyadan oldin qoʻllar qanday yuvilsa, tugʻruqni qabul qilishdan oldin ham oʻshanday yuvadi.

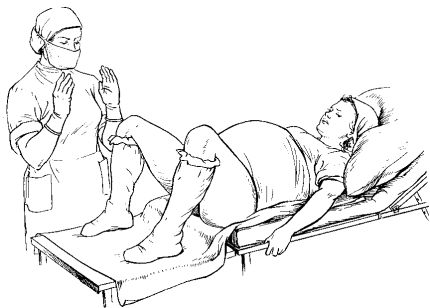
Soʻngra tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini, ikkala sonining ichki yuzasini, quymich va anal teshik sohasini kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan yuvadi, steril doka bilan quritadi va 5% li yod nastoykasidan suradi; anus sohasiga steril doka yoki taglik yopib qoʻyadi⁵. Tugʻuvchi ayolning dumgʻazasi tagiga steril choyshab yoziladi. Tugʻuvchi ayol oddiy krovatda tugʻayotgan boʻlsa, jinsiy aʼzolariga bemalol yaqinlashish uchun dumgʻazasi tagiga valik qoʻyiladi.

Akusher tugʻuvchi ayolni tayyorlagandan keyin qoʻllarini spirt bilan takror artadi, steril xalat va qoʻlqop kiyib oladi.

Homila boshi suqilib kirayotgan paytda akusher tugʻuvchi ayolning ahvoliga, dard va toʻlgʻoq tutishiga, homila boshining harakatlanib borishiga qarab turish bilan kifoyalanadi (81-rasm). Homila boshi **yorib chiqqan** hamon **akusherlik yordamiga kirishiladi**, yaʼni **tugʻruq qabul qilina boshlaydi**.

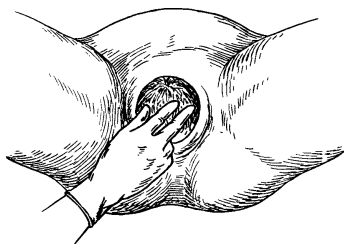
Akusherning yordam berish zarurati shundan kelib chiqadiki, homila boshi koʻrinayotganda chanoq tubiga qattiq tazyiq koʻrsatib, uni haddan tashqari choʻzib yuboradi. Ayni vaqtda homila boshini

⁵ S.D.Astrinskiy anus sohasiga steril paxta yopishni taklif etgan, paxtaning ustidan steril doka salfetka qoʻyiladi, salfetka chetlariga kollodiy surtib, oraliqqa va dumberaning ichki yuzasiga yopishtiriladi.

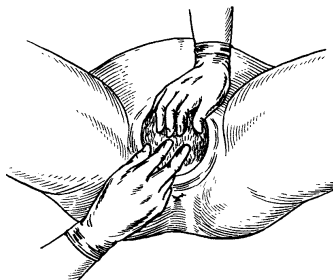


81-rasm. Homila boshining suqilib kirishi. Akusher tugʻruqni qabul qilishga tayyor.

boshining harakatini boshqarish. Oʻng qoʻlning uch barmogʻi yorib chiqayotgan homila boshiga qoʻyiladi. Akusher barmoqlarining yumshoq qismini xomila boshiga tegizib ushlab, toʻlgʻoq vaqtida boshning tez harakatlanishiga toʻsqinlik qiladi va uning barvaqt yozilishiga yoʻl bermaydi (82-rasm). Toʻlgʻoq qattiq tutganda tez harakatlanib kelayotgan boshni oʻng qoʻl toʻxtatib turolmasa, chap qoʻl bilan yordam beriladi. Shu maqsadda chap qoʻl panjasi qovga qoʻyiladi, barmoqlar oxirgi falangalarining kaftga qaragan yuzasi bilan bosh avaylab bosib turiladi, bosh oraliq tomonga bukiladi va uning tez harakatlanib borishi toʻxtatib turiladi (83-rasm).



82-rasm. Akusher homila boshining tez harakatlanib borishini toʻxtatib turadi va homila boshining barvaqt yozilishiga yoʻl qoʻymaydi ("oraliqni himoya qilish").



83-rasm. Qattiq toʻlgʻoq tutganda chap qoʻl homila boshini oraliq tomonga bukib, oʻng qoʻlga koʻmaklashadi ("oraliqni himoya qilish").

tuqrug kanalining devorlari qisib qoʻyadi. Shu munosabat bilan tugʻuvchi ayolning oraligʻi yirtilishi, homila miyasida qon aylanishi buzilishi mumkin.

Shu sababli tugʻruqni qabul qiluvchi akusher: a) oraliqni shikastlanishdan saqlaydi, b) homilani noqulay taʼsirlardan ehtiyot qilib, tugʻruq yoʻllaridan avaylab oladi.

1. Yorib chiqayotgan homila

1. Yorib chiqayotgan homila

Koʻpgina akusherlar oʻng qoʻlning kaft yuzasini oraliqqa qoʻyib, uni ushlab turishadi, ammo akusherning qoʻllari oraliqqa tegmay turgani maʼqul. Oraliqni bosib turish natijasida qon aylanishi buzilib, oraliq yirtilishi mumkin.

Toʻlgʻoqlar orasida oʻtadigan davrlar (pauzalar)da chap qoʻl barmoqlari homila boshida qoladi, oʻng qoʻl esa

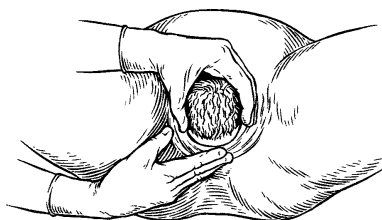
vulvar halqaning orqa-yon bo‘limlaridagi to‘qimalarning cho‘zilishini bartaraf qiladi. Akusher to‘qimalarni surib beradi. Shu maqsadda to‘lg‘oqlar o‘rtasidagi pauzalarda klitor va kichik jinsiy lablar to‘qimasi tug‘ilayotgan ensadan pastga tushiriladi; vulvar halqa oldingi bo‘limining kam cho‘ziladigan to‘qimalari mumkin qadar orqaga, oraliq tomonga suriladi, shu tariqa yangi to‘lg‘oq bartaraf qilinadi. To‘qimalarni surib berish to‘xtatiladi, yana boshning tez yorib chiqishiga va barvaqt yozilishiga yo‘l berilmaydi.

2. Homila boshini chiqarish. Ensa tug‘ilib, ensa osti chuqurchasi (fiksatsiya nuqtasi) simfizning pastki chekkasiga tayangan vaqtda tug‘uvchi **ayolning kuchanishiga ruxsat etilmaydi**. Shu paytdan boshlab homilaning butun boshi chiqarilguncha tug‘uvchi ayol og‘zi bilan nafas oladi, qo‘llarini ko‘kragiga qo‘yib turadi. Bir maromda og‘izdan chuqur nafas olish to‘lg‘oqni to‘xtatib turishga yordam beradi. Kuchanish nima uchun yaramasligini va akusher-ning buyruqlarini bajarish zarurligini tug‘uvchi ayolga oldindan tushuntirib qo‘yish kerak.

Ensa do‘mbog‘i chiqqach tepa do‘mboqlar tug‘ruq yo‘llaridan chiqariladi, vulvar halqaning yon chekkalari tepa do‘mboqlardan avaylab tushiriladi. Shundan keyin homila boshi chap qo‘l bilan ushlanadi va sekin-asta avaylab yoziladi; bosh yozilayotgan vaqtda oraliq to‘qimalari homila boshidan o‘ng qo‘l bilan tushiriladi (84-rasm).

Bosh sekin-asta yozilganda avval peshanasi, so‘ngra yuzi va engagi oraliq ustidan ko‘rinadi. Homila boshi chiqqach, bo‘yniga kindigi o‘ralgan-o‘ralmaganligi tekshiriladi. Kindik o‘ralgan bo‘lsa, qovuzlog‘idan avaylab tortib, boshi orqali bo‘ynidan olinadi. Kindikni bo‘yindan olish mumkin bo‘lmasa, ikki qisqich orasiga olib kesiladi.

3. Yelka kamarini chiqarish. Homilaning tug‘ilgan boshi yuzini pozitsiyaga yarasha onaning o‘ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buriladi. Homila boshining tashqi burilishi to‘xtab qolsa, tug‘uvchi ayolga kuchanish buyuriladi; to‘lg‘oq tutgan vaqtda yelkalarining ichki burilishi va boshning tashqi burilishi ro‘y beradi;



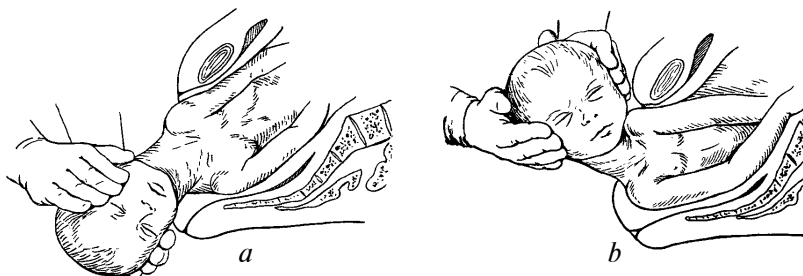
84-rasm.

Homila boshini chiqarish: homila boshi chap qo‘lda ushlanib, sekin-asta yoziladi; oraliq to‘qimalari o‘ng qo‘lda homila boshidan sekin-asta tushiriladi (“oraliqni himoya qilish”).

yelkalar chanoqning to'g'ri o'lchamiga mos turadi va vulvar xalqa orqali paypaslanadi. Yelkalarining chiqishiga akusher alohida e'tibor berishi kerak, chunki bunda yumshoq to'qimalar anchagina cho'zilib, oraliq yirtilishi mumkin.

Yelka kamari chiqayotganda quyidagi yordam ko'rsatiladi. O'zicha chiqayotgan oldingi yelkani qov ravog'iga taqab ushlanadi va shundan keyin orqadagi yelka oraliqdan chiqariladi.

Yelka kamarining o'z-o'zicha chiqishi to'xtab qolsa, homila boshi ikkala qo'l bilan shunday ushlanadiki, kaftlar quloq sohasiga yotsin (barmoqlarning uchlari homilaning bo'yniga tegmasin, chunki bunda tomirlar va nervlarning qisilish xavfi kelib chiqadi). So'ngra homilaning oldingi yelkasi qov ravog'ining ostiga yaqinlashmaguncha boshi avaylab pastga tortiladi (85-rasm, *a*). So'ngra homila boshi oldinga qarab yuqoriga ko'tariladi, shu payt homilaning orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi (85-rasm, *b*).



85-rasm. Homila yelkalarini chiqarish:

a—oldingi yelkasini chiqarishda qo'l amali; chiqqan bosh orqaga tortilganda oldingi yelka chov ravog'ining ostiga keladi; *b*—orqadagi yelkasini chiqarishda qo'l amali; homila boshi oldinga tomon ko'tarilganda orqadagi yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

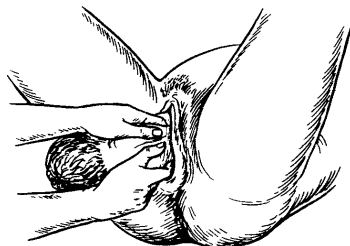
Homilaning orqadagi yelkasini quyidagi amal bilan chiqarish ham mumkin: homila boshi chap qo'lda ushlanib, yuqoriga suriladi, oraliq to'qimalari esa o'ng qo'l bilan homila yelkasidan tushiriladi (86-rasm).

Homila yelkalarini shu amallar bilan chiqarib bo'lmasa, ishora barmog'i homilaning opqa tomonidan oldingi yelkaning qo'ltig'iga suqiladi; tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi va shu payt homila yelkasi qov ravog'ining ostiga kelmaguncha undan ushlab tortiladi. Shundan keyin homilaning orqadagi yelkasi chiqariladi.

4. Yelka kamari chiqqach, **homilaning ko'krak qafasi ikkala qo'l bilan avaylab ushlanadi** (87-rasm) va tanasi yuqoriga yo'naltiriladi; ayni vaqtda homila tanasining pastki qismi bemalol chiqadi.



86-rasm. Homilaning orqadagi yelkasini chiqarishda ikkinchi amal.



87-rasm. Homila tanasini chiqarish.

Bola tug'ilgach, yo'ldosh tushish davri boshlanadi, bu davr alohida e'tibor bilan kuzatishni talab qiladi. Akusher tug'uvchi ayolni sinchiklab kuzatib turadi va shu bilan birga yangi tug'ilgan bolani birinchi marta tozalaydi.

Yangi tug'ilgan bola birinchi marta quyidagicha artib-tozalanadi.

1. Tug'ilgan bola steril dokaga artiladi, so'ngra og'iz-burni bir parcha steril paxta bilan shilimshiqdan tozalanadi va onasining bukilgan va kerilgan oyoqlari orasidagi iliq steril yo'rgakka qo'yiladi. Kindik tarang bo'lmasligi kerak. Akusher bolani sinchkovlik bilan ko'zdan kechiradi. Yetuk tug'ilgan sog'lom bola darrov nafas ola boshlaydi, qattiq chinqiradi, qo'l-oyog'ini harakatlantiradi, aksari hademay siyadi. Akusher bolani yotqizib, yana qo'llarini yuvadi, spirtga artadi va yangi tug'ilgan bolani tozalashga kirishadi.

2. Oftalmoblennoyeyaning oldini olish chorasi amalga oshiriladi, chunki yangi tug'ilgan bola tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda ko'ziga infeksiya yuqish ehtimoli bor. Ko'zga **gonokokklar** yuqishi og'ir oqibatlar keltiradi, hatto ko'r qilib qo'yadi.

Hozirgi paytda gonoblennoyeyaning oldini olish (profilaktika) maqsadida 1% eritromitsin yoki tetratsiklin mazi ishlatilmoqda. Homila tug'ilgan zahoti uning qovoq teri qoplamalaridan steril paxta shariklar bilan tug'ruq shilimshiq (smazka) va shilliq (sliz) olinadi (buni olishda shariklarni tashqi burchakdan ichkari burchak tomon harakatlantirish kerak bo'ladi, har qaysi ko'z uchun alohida sharik olinadi). Shundan keyin bolaning quyi qovog'ini astagina pastga tortib turib, konyunktiva qopchasiga 1%

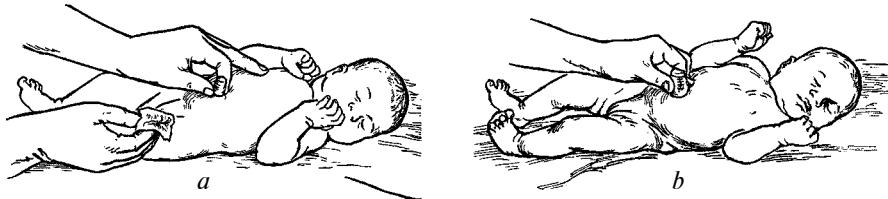
eritromitsin yoki tetratsiklin mazi suriladi, ikkinchi marta u tugʻilgandan 2 soat oʻtgach suriladi.

3. Homila tugʻilgach, odatda 2–3 daqiqadan keyin kindik tomirlarining urib turishi (pulsatsiyasi) toʻxtaydi, kindik shundan keyin bogʻlanadi. Kindik tomirlari urib turganda homilaning tomirlar tizimchasiga kindik venasi orqali platsentadan 2–3 daqiqada 50–100 ml qon kiradi. Pulsatsiya toʻxtagach, kindik qatʻiy aseptik-antiseptik sharoitda qirqiladi va bogʻlanadi.

Kindik spirtga hoʻllangan steril paxta sharcha bilan artiladi va ikkita Koxer qisqichi orasiga olinadi. Bir qisqich kindik halqasidan 8–10 sm masofaga, ikkinchisi picha yuqoriga qoʻyiladi. Kindikning qisqichlar orasidagi qismi toʻmtoq qaychida qirqiladi. Kindikning ona tomondagi uchi jinsiy yoriq oldidan tasma yoki ipak bilan bogʻlanadi va doka salfetkaga oʻraladi.

Bolani sovuq qotirib qoʻymaslik uchun kindikning bola tomondagi uchi steril yoʻrgak yozilgan va grelka, elektr reflektor bilan isitilgan yoʻrgaklash stolchasida tozalanadi.

Kindikning bola tomondagi uchi spirt bilan yana artiladi va kindik halqasidan 1,5–2 sm narida steril tasmacha yoki yoʻgʻon ipak bilan bogʻlanadi. Ligatura (bogʻ) uchlari kindik tizimchasining bir tomonida bir marta, qarama-qarshi tomonda ikkinchi marta tugiladi. Ikkinchi tugun qovuzloqli qilib solinadi, kindik qurib qolsa yoki birinchi tugun boʻshashib qolsa kindikni tarang tortish uchun qovuzloqni boʻshatsa boʻladi. Shundan keyin kindik qoldigʻining uchi bogʻlangan joyining 2–3 sm yuqorisidan qirqilib, yuziga 5% li yod nastoykasi surtiladi, kindik qoldigʻi steril doka salfetkaga oʻraladi, salfetka uchlari kindik halqasi oldidan bogʻlanadi (88-rasm); salfetkalarga oʻralgan kindik qoldigʻini qoringa steril doka bint bilan bogʻlab qoʻyish mumkin.

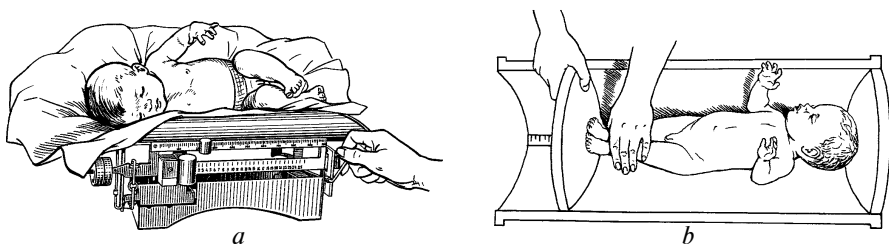


88-rasm. Kindik qoldigʻini bogʻlab, doka salfetka oʻrash: *a*–birinchi bosqich; *b*–ikkinchi bosqich.

Hozirgi paytda kindik qoldigʻiga metall yoki rezina halqacha kiydirib qoʻyishni afzal koʻrishmoqda. Metall halqacha quyidagicha kiydiriladi: kindikda tomir urishi toʻxtagach 2 ta qisqich: birini

kindik halqasidan 10 sm naridan, ikkinchisini undan 2 sm keyin qo'yiladi. Har ikkala qisqich o'rtasini yodning 5% li spirtidagi eritmasi bilan artiladi va shu yerdan kesiladi. Shundan keyin chaqaloqni yo'rgaklash stoliga olib, akusher ikkinchi marta yuvadi va obrabotka qiladi, steril doka salfetka bilan kindik qoldig'ini artadi, ko'rsatkich barmog'i bilan katta barmog'i orasiga olib, asta-asta siqadi. So'ng maxsus qisqich bilan metall halqachani (Rogovinniki) olib, unga kindik qoldig'i kiritiladi, bunda halqachaning pastki cheti kindik tubidan 0,5–0,7 sm yuqorida turishi kerak, qisqichni halqaga «shiq» etib tutashguncha ajratib olinadi. Halqacha kiydirib qo'yilgan kindik qoldig'i ochiq qoldiriladi va uni qunt bilan parvarish qilib turiladi; spirtidagi 2% li borat kislota eritmasiga ho'langan steril doka salfetka bilan har kuni artiladi.

Yangi tug'ilgan bola tozalanib bo'lgandan keyin tarozida tortiladi, bo'yi (bosh tepasidan tovonigacha) o'lchanadi (89-rasm, a va b), boshi va yelkalarining o'lchamlari aniqlanadi, qo'lga steril kleyonkadan bilaguzuk taqiladi. Bilaguzukka onaning familiyasi, ismi va otasining ismi, tug'ruq tarixining raqami, bolaning jinsi, vazni, bo'yi, tug'ilgan vaqti oldindan siyohda yozib qo'yiladi, so'ngra bolaga steril iliq ishtoncha kiygizilib, steril yo'rgak bilan adyolga o'raladi va isitiladigan yo'rgaklash stolchasiga 2 soat qo'yiladi. 2 soatdan keyin bola chaqaloqlar palatasiga olib boriladi.



89-rasm. Yangi tug'ilgan bolani:
a – tarozida tortish va b – bo'yini o'lchash.

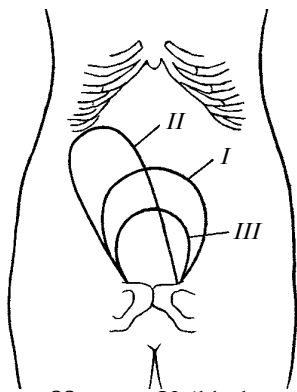
YO'LDOSH TUSHISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqning uchinchi davrida platsenta ko'chib, tug'ruq yo'llaridan tushadi.

Yuqorida eslatilganidek, platsenta ko'chayotganda picha qon ketadi, bu esa fiziologik hodisa hisoblanadi. Ammo yo'ldosh tushish davrida anchagina qon ketib, hatto hayot uchun xavfli darajaga yetishi

mumkin, bu esa platsentaning ko‘chish va chiqish jarayonining buzilishiga bog‘liq. Tug‘ruqning uchinchi davrida qon ketishi tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalarning yirtilishiga bog‘liq bo‘lishi mumkin. Tug‘uvchi ayolni akusher tug‘ruqning uchinchi davrida shuning uchun ham doim kuzatib turishi kerak. Akusher ayolning umumiy ahvoriga, teri va ko‘rinib turgan shilliq pardalar rangiga hamisha qarab turadi, pulsini sanab, arterial bosimini o‘lchaydi.

Tug‘uvchi ayol ahvoli yaxshi bo‘lib, qon ketmayotgan bo‘lsa platsentaning o‘zicha ko‘chib tushishini 1 soatgacha kutish kerak. 250–300 ml dan ortiq qon ketganda, ayolning ahvoli yomonlashganda, shuningdek platsenta bachadonda 1 soatdan ortiq ushlanib qolganda yo‘ldoshni tushirish uchun faol choralar ko‘riladi. Bunday hollarda yo‘ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi yoki bachadon bo‘shlig‘iga qo‘l suqib olinadi.



88-rasm. Yo‘ldosh tushish davrida bachadon tubining qanday balandlikda turishi va bachadon shakli.
I homila tug‘ilgach;
II platsenta ko‘chgan;
III platsenta tushgach.

Yo‘ldosh tushish davrini boshqarmoq uchun platsenta bachadon devorlaridan ko‘chib, uning pastki segmentida yoki qinda turganligini ko‘rsatuvchi belgilarni bilish muhim.

Platsentaning ko‘chganligini ko‘rsatuvchi eng muhim belgilar:

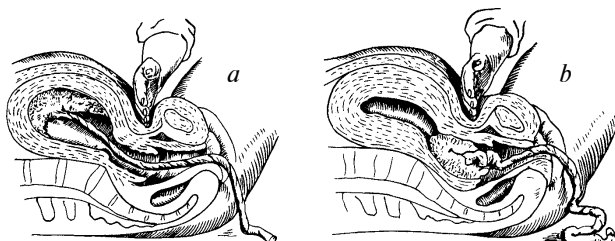
1. Bachadon shaklining va bachadon tubi balandligining o‘zgarishi (Shreder belgisi). Homila tug‘ilgan zahoti bachadon yumaloq shaklda bo‘lib, tubi kindik ro‘parasida turadi. Platsenta ko‘chgach, bachadon yassilanib, torroq bo‘lib qoladi, bachadon tubi ko‘chgan platsenta ustida kindikdan yuqoriga (ba‘zan qovurg‘alar ravog‘igacha) ko‘tariladi; bachadon ko‘pincha o‘ngga buriladi (88-rasm).

2. Kindik tashqi bo‘lagining uzayishi (Alfeld belgisi). Ko‘chgan platsenta bachadonning pastki segmentiga yoki qinga tushadi. Shu sababli kindikni qirqqan vaqtda jinsiy yoriq oldidan solingan qisqich 10–12 sm pastga tushadi.

3. Simfiz ustida do‘ppayma paydo bo‘lishi. Ko‘chgan platsenta bachadonning yupqa devori pastki segmentiga tushgan paytda shu segmentning oldingi devori qorin devori bilan birga picha ko‘tarilib, simfiz ustida do‘ppayma hosil bo‘ladi.

4. Kyustner-Chukalov belgisi. Qov ustidagi soha qo'l panjalari qirrasi bilan bosilsa, platsenta ko'chmagan taqdirda kindik qinga tortiladi; platsenta ko'chgan taqdirda kindik qinga tortilmaydi (89-rasm).

89-rasm. Kyustner-Chukalov belgisi:
a—platsenta ko'chmagan, kindik qinga tortiladi; *b*—platsenta ko'chgan, kindik qinga tortilmaydi.



Odatda, platsentaning ko'chganligi bir belgiga qarab emas, balki yuqorida qayd etilgan belgilar yig'indisiga qarab bilinadi.

Yo'ldosh tushish davri normal (fiziologik hodisa bo'lib) o'tsa, ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llaridan o'zicha chiqadi, ko'pincha bola tug'ilgandan yarim soat keyin yo'ldosh tushadi. Ba'zan ko'chgan platsenta va pardalar homila tug'ilgach yarim soatdan bir soatgacha muddat ichida va ba'zan esa bir soatdan keyin tushadi.

Yo'ldosh tushishi yarim soatdan ko'pga cho'zilsa, akusher platsentaning ko'chish belgilari bor-yo'qligini tekshiradi. Platsenta ko'chmagan, qon ketmayotgan va tug'uvchi ayolning ahvoli yaxshi bo'lsa, 1 soatgacha kutib turiladi, shundan keyin yo'ldosh tushiriladi.

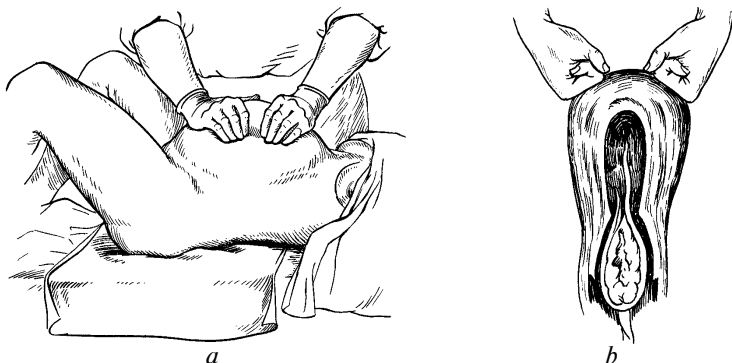
Tekshirishda platsentaning ko'chish belgilari aniqlansa, uni darhol chiqarish choralari ko'riladi.

Avvalo qovuq bo'shatiladi va tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi. Ko'chgan platsenta ko'pincha kuchanish ta'sirida osongina tushadi. Shu oddiygina usul natija bermasa, yo'ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi.

Ko'chgan yo'ldoshni chiqarishning quyidagi usullari bor.

1. Abuladze usuli. Qovuq bo'shatilgandan keyin bachadonni qisqartirish maqsadida avaylab massaj qilinadi. So'ngra qorin devori ikkala qo'l bilan ushlanib, uzunasiga burma hosil qilinadi va tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi (90-rasm). Ko'chgan yo'ldosh odatda osonlik bilan tushadi.

2. Genter usuli. Qovuq bo'shatiladi, bachadon tubi o'rta chiziqqa keltiriladi. Akusher tug'uvchi ayolning yonida, uning oyoqlariga yuzlanib turadi. Qo'llarining panjalarini musht qilib, asosiy falanqalarning orqa (dorzal) yuzasini bachadon tubiga (nay burchaklari



92-rasm. Yo‘ldoshni chiqarish: a – Abuladze usulida; b – Genter usulida.

sohasidan) qo‘yadi va pastga hamda ichkariga qarab sekin-asta bosadi (92-rasm, b); tug‘uvchi ayol ayni vaqtda kuchanmasligi kerak.



93-rasm. Yo‘ldoshni Krede-Lazarevich usulida chiqarish.

3. Krede-Lazarevich usuli. Abuladze va Genter usullariga nisbatan qo‘polroq, shuning uchun Abuladze va Genter usullaridan biri qo‘llanilganda natija chiqmasa, Krede-Lazarevich usuli tatbiq etiladi. Bu usulda quyidagicha ish ko‘riladi: a) qovuq bo‘shatiladi; b) bachadon tubi o‘rta chiziqqa keltiriladi; d) bachadonni yengilgina massaj qilib, qisqarishga majbur etiladi; e) tug‘uvchi ayolning chap tomonida uning oyoqlariga yuzlanib turib, bachadon tubi o‘ng qo‘l bilan shunday ushlanadiki, bosh barmoq bachadonning oldingi devoriga, kaft bachadon tubiga, to‘rtta barmoq esa bachadonning orqa yuzasiga to‘g‘ri kelsin (93-rasm); f) yo‘ldosh qisib chiqariladi: bachadon oldindan orqaga qarab qisilib, bachadon tubi pastga va oldingi chanoq o‘qi bo‘ylab bosiladi. Ko‘chgan yo‘ldosh bu usulda osongina chiqadi.

Odatda yo‘ldosh (platsenta va pardalar) birga to‘la tushadi; ba‘zan platsenta chiqqach, u bilan bog‘langan pardalar bachadonda qolganligi aniqlanadi. Bunday hollarda chiqqan platsentani ikkala qo‘l kaftiga olib, bir yo‘nalishda sekin-asta aylantiriladi. Ayni vaqtda pardalar buralib bachadon devorlaridan sekin-asta ko‘chadi va uzilmasdan tashqariga chiqadi (94-rasm, a).

Pardalarni ajratib chiqarishning ikkinchi usuli ham bor (Genter). Platsenta chiqqach, oyoq panjalariga tayanib chanog‘ini ko‘tarish

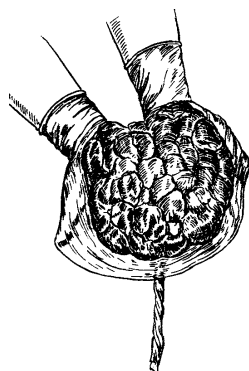
ayolga buyuriladi, shu payt platsenta osilib tushib, o'z og'irligi bilan pardalarning ko'chishiga yordam beradi (94-rasm, *b*).



94-rasm. Pardalarni chiqarish:

a—pardalarni burash; *b*—ikkinchi usul (Genter usuli). Tug'uvchi ayol chanog'ini ko'taradi, platsenta osilib tushadi, shu tufayli pardalar ajralib chiqadi.

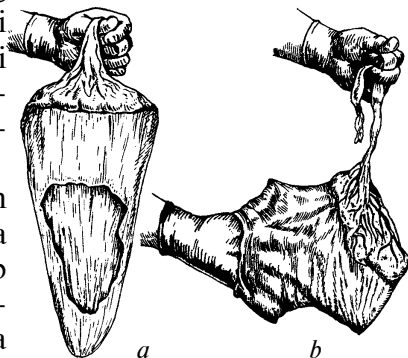
Yo'ldosh tushgach, platsenta va pardalarning butunligini bilish uchun sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Platsenta silliq patnisda yoki kaftda onaga qaragan yuzasini yuqoriga qilib yoziladi (95-rasm) va platsenta bo'laklari e'tibor bilan birma-bir tekshiriladi. Platsentaning chetlarini juda sinchiklab ko'zdan kechirish kerak; butun platsenta chetlari silliq bo'lib, undan boshlanuvchi tomirlar uzilmagan bo'ladi.



95-rasm.

Platsentaning onaga qaragan yuzasini ko'zdan kechirish.

Platsenta ko'zdan kechirilgach, pardalar tekshiriladi. Buning uchun platsenta onaga qaragan tomoni pastga, homilaga qaragan tomoni esa yuqoriga qilib ag'dariladi (96-rasm, *a*). Pardalarning yirtilgan joylarining chetlari barmoqlar bilan ushlanadi va homila bilan qog'onoq suvini saqlab turgan tuxum kamerasini tiklashga harakat qilib, pardalar yoziladi (96-rasm, *b*).



96-rasm.

Pardalarni ko'zdan kechirish.

Platsenta butunligini aniqlash juda muhim ahamiyatga ega. Platsenta bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi tug'ruqning tahlikali og'irlashuvi hisoblanadi. Buning oqibatida yo'ldosh tushgach tez orada yoki chilladagi bir qadar muddatda qon

ketadi. Qon juda ko'p ketib, tuqqan ayolning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin. Platsentaning bo'laklari bachadonda ushlanib qolganda chilla davrining septik kasalliklari ham avj oladi.

Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilgach, tuqqan ayolga toza ko'ylak kiygiziladi, tagidagi choyshabi almashtiriladi, ustiga adyol yopiladi va tuqqan ayollar bo'limida kuzatib turiladi. Tuqqan ayolning umumiy ahvoriga qarab turiladi, pulsini sanab kayfiyatidan xabardor bo'lib turiladi. Bachadon vaqt-bavaqt palpatsiya qilinadi va qindan qon kelayotgan-kelmayotganligi aniqlanadi. Qo'shimcha bachadon tonusining pasayganligi tufayli tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda ba'zan qon ketishini nazarda tutish kerak.

Tuqqan ayol ahvoli yaxshi, shikoyati yo'q, pulsi yaxshi to'lishgan va tezlasmagan, bachadoni zich bo'lib, qon ketmayotgan bo'lsa, 2–3 soatdan keyin chilla bo'limiga o'tkaziladi. Hamma ma'lumotlar o'z vaqtida yozib qo'yilgan tug'ruq tarixi ham ko'zi yorigan ayolga qo'shib yuboriladi.

TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRINI FAOL BOSHQARISH

Hozirgi paytda O'zbekiston Respublikasida Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining protokollari asosida tug'ruqning uchinchi davrini faol boshqarish usuliga o'tilgan. Shu munosabat bilan barcha tug'ruq komplekslarida bu jarayon keng qo'llanilmoqda.

Tug'ruqning uchinchi davrini faol boshqarish (yo'ldoshning faol tug'ilishi) tug'ruqdan keyingi qon ketishni kamaytiradi. Faol boshqarish bir nechta tarkibiy qismlardan iborat bo'lib, ular sharoitlarga bog'liq holda o'zgarib turishi mumkin. Umumiy tarkibiy qismlar – uterotoniklarni qo'llash, tezkor kindik tizimchasini qisish va yo'ldosh tug'ilishi jarayoniga nazoratli tortish yo'li bilan yordam berish. Yo'ldosh tug'ilishida bachadonni qorin devori orqali massaj qilish qo'shimcha tarkibiy qismga kiradi.

Faol boshqarishning asosiy qismlari:

- Oksitotsin yuborish;
- Kindik tizimchasini tezkor qisish;
- Kindik tizimchasini nazoratli tortish.

Oksitotsin. Tug'ruqdan keyin bir daqiqa davomida bachadonda egiz homilani bor-yo'qligini aniqlash maqsadida ayol qorni palpatsiya qilinadi va mushak orasiga 10 ED oksitotsin yuboriladi,

agar ayolga vena orqali igna kiritilgan bo'lsa, oksitotsin vena ichiga yuboriladi.

Oksitotsin samarali preparat bo'lib, inyeksiyadan keyin 2–3 daqiqada ta'sir qiladi, nojo'ya ta'sirlari minimal va barcha ayollarda qo'llash mumkin. Agar oksitotsin bo'lmasa, 0,2 mg ergometrin yoki prostoglandin mushak orasiga yuboriladi.

Bu preparatlarni yuborishdan oldin, bachadonda homila yo'qligiga ishonch hosil qilish lozim.

Kindik tizimchasini qisish:

Homila tug'ilgandan keyin bir daqiqa davomida jinsiy oraliq yaqinidan kindik tizimchasi qisqich yordamida qisiladi.

Kindik tizimchasini nazoratli tortish algoritmi:

– Kindik tizimchasini qisgan qisqichni bir qo'l bilan ushlab, ikkinchi qo'l bilan simfiz yuqorisidan bosiladi. Kindik tizimchasi tortilganda simfiz yuqorisiga qo'yilgan qo'l bachadon inversiyasiga (ag'darilib tushishiga) to'sqinlik qiladi.

– Tizimchani yengil tortgan holda, bachadon tanasining qattiq qisqarishini (2–3 daqiqa) kutiladi.

– Bachadon tanasi yumaloq shaklga kelsa yoki tizimcha tashqaridan uzunlashsa, tizimcha pastga tortiladi va platsenta tug'iladi. Tizimchani tortish uchun qon oqib chiqishini kutmaslik lozim.

– 30–40 soniya davomida platsenta tushmasa, tizimcha ortiq tortilmaydi.

– Ehtiyotkorlik bilan tizimcha ushlanadi va bachadonning navbatdagi qisqarishi kutiladi. Zarurat tug'ilsa, tizimchadagi qisqich jinsiy oraliqqa yaqin suriladi.

– Siydik pufagining bo'shaganligiga va yo'ldosh ajralishiga to'sqinlik qilmayotganligiga ishonch hosil qilinadi.

– Simfiz ustidan qo'l bilan qorin devorini bosib turmasdan, tizimchani tortmaslik kerak.

– Yo'ldosh pardalarining yirtilmasligi uchun platsenta ikki qo'llab ushlanadi va o'z o'qi atrofida asta-sekin aylantiriladi.

– Agar pardalari yirtilsa aseptik sharoitda qin yuqori qismi va bachadon bo'yni ko'zdan kechiriladi, parda bo'laklari bo'lsa qisqichlar bilan olib tashlanadi.

– Platsenta sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Agar platsentaning ona yuzasida bo'laklari uzilgan bo'lsa yoki yirtilgan pardalar aniqlansa, platsenta fragmentalarining qoldiqlariga shubha tug'iladi va

bunda bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi aseptik sharoitlarda o'tkaziladi.

Nazorat uchun savollar

1. Ko'rik va yuvinish xonasida tug'uvchi ayolni sanitariya ishlovidan o'tkazish.

2. Bachadon bo'ynining ochilishi davrini boshqarish.

3. Homilaning tug'ilish davri qanday boshqariladi, chaqaloqni birlamchi va ikkilamchi artib tozalash.

4. Yo'ldosh tushish davrini boshqarish, platsentani ko'chganligini ko'rsatuvchi belgilar (Alfeld, Kyustner-Chukalov, Shreder), ko'chgan yo'ldoshni tashqi tushurish usullari (Abuladze, Genter, Krede-Lazarevich).

XII BOB. TUG‘RUQNI OG‘RIQSIZLANTIRISH

Aksari ayollar tuqqanda og‘riq sezadi, og‘riq esa kuchli-kuchsiz bo‘lishi mumkin. Ko‘pgina ayollar, ayniqsa, bachadon bo‘yni ochilayotganda va homila tug‘ilayotganda qattiq og‘riq his qiladilar.

Tug‘ruq og‘riqlarini yo‘qotish yoki kamaytirish istagi juda qadimda tug‘ilgan. Ammo tug‘ruqni og‘riqsizlantirishning ilmga asoslangan usullari XIX asrning birinchi yarmidagina taklif etildi, efir va boshqa moddalarning og‘riqsizlantiruvchi ta’siri shu paytga kelib kashf etildi.

XVIII asrning 60-yillarida N.A.Sochava tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun xloroformning alkogol bilan aralashmasini taklif etdi. Keyinchalik tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun xloralgidrat (Svyatlovskaya, 1873), azot (I)-oksid (Klikovich, 1881), morfin va boshqa narkotiklar, barbituratlar, pantopon bilan magniy sulfat, novokain eritmasi va boshqa ko‘p dorilar qo‘llanildi. Rossiyalik yirik akusherlar: A.Ya.Krassovskiy, I.P.Lazarevich, V.M.Florinskiy, V.A.Dobronravov, Y.M.Kurdinovskiy va boshqalar tug‘ruqni og‘riqsizlantirishning turli xil usullarini taklif etganlar.

Tug‘ruqda yordam beradigan yirik muassasalardan tortib, kichikroq muassasalarda, jumladan qishloq tug‘ruqxonalarida ham tug‘ruq yoppasiga og‘riqsizlantirilib kelindi.

Tug‘ruq og‘riqlari rolining aniqlanishi og‘riqsizlantirish usullarining yoyilishiga yordam berdi. Tug‘ruqda hamisha og‘riq kelib chiqavermasligi va tug‘ruqning to‘g‘ri o‘tishi uchun og‘riq zarur shart emasligi aniqlandi. Ko‘pincha tug‘ruq normal o‘tganda og‘riq kam bo‘ladi va hatto butunlay og‘riq sezilmaydi. Buning ustiga, uzoq davom etuvchi kuchli og‘riqlar asab tizimini holdan toydirib, organizmga zarar yetkazishi aniqlandi. Haddan tashqari kuchli og‘riqlar dard va to‘lg‘oq tutishini zaiflashtirishi va uning muntazam tutishiga to‘sqinlik qiladi. Tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uning kechishiga yaxshi ta’sir qilishi ham aniqlanadi. Tug‘ruq og‘riqlarini bartaraf qilish natijasida ko‘pincha dard va to‘lg‘oq yana muntazam tuta boshlab, tug‘ruqning eson-omon tugashiga yordam beradi.

Sobiq ittifoq miqyosida tug‘ruqni og‘riqsizlantirish usullarining amaliyotga keng joriy qilinishi bilan bir vaqtda, og‘riqsizlantirishning yangi, samarali usullarini o‘rganish yuzasidan katta ish

olib borildi. K.I.Platonovning shogirdi I.Z.Velvovskiy XX asrning 70-yillarida ayollarni tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usulini ishlab chiqdi. Bu usul tugʻruqni dori-darmonlar bilan ogʻriqsizlantirish usuliga qaraganda afzalroq boʻlib, barcha tugʻruq muassasalarida qoʻllanib kelinmoqda. Tugʻruqqa psixoprofilaktik tayyorlash sharoiti boʻlmagan yoki bunday tayyorgarlik zarur natijani bermagan kamdan kam hollarda tugʻruqni dori bilan ogʻriqsizlantirish usullari tadbiiq etiladi.

AYOLLARNI TUGʻRUQQA PSIXOPROFILAKTIK TAYYORLASH USULI

Ayollarni tugʻruqqa tayyorlashning bu usuli tugʻruq ogʻriqlarining kelib chiqish sabablarini oʻrganishga asoslangan. Psixoprofilaktik tayyorgarlikdan maqsad ayolning markaziy asab tizimiga taʼsir koʻrsatib, ogʻriqni bartaraf qilishdir. Tugʻruq vaqtida bachadondagi va tugʻruq yoʻllarining boshqa qismlaridagi nerv oxirlari (interoretseptorlar), tolalari va chigallari taʼsirlanadigan sharoit vujudga keladi. Bachadon tanasining muskullari qisqarishi va bachadonning pastki segmenti bilan boʻynining choʻzilishi natijasida bachadon interoretseptorlari taʼsirlanadi. Ogʻriq sezish, asosan, bachadonning ochilayotgan boʻynidagi nerv oxirlarining taʼsirlanishiga bogʻliq. Homila boshining pastga tushishi sababli bachadon boʻyni atrofidagi nerv chigallarining taʼsirlanishi, bachadon boylamlari va qorin pardasining choʻzilishi, yuksak darajada sezuvchi nerv elementlari joylashgan qon tomirlar va devorlarining qisilishi ogʻriq kelib chiqishiga sabab boʻladi. Homila tugʻiladigan davrda oraliq va tashqi jinsiy aʼzoldagi nerv elementlarining taʼsirlanishi ham ogʻriq sezgilarini keltirib chiqaradi. Bachadondan keluvchi ogʻriq taʼsirotlari nerv stvollari orqali markaziy asab tizimiga oʻtadi. Ayni vaqtda qorinning pastki boʻlimida, dumgʻaza va bel sohasida, chovda, sonning yuqori boʻlimlarida ogʻriqlar kelib chiqadi. Salbiy emotsiyalar tugʻruqda ogʻriq sezish muqarrar deb ishonish, ogʻriqni kutish va undan qoʻrqish, tugʻruqning qanday tugashini va bolani oʻylab tashvishlanish va shu kabilar tugʻruq ogʻriqlarining ikkinchi, psixogen komponenti hisoblanadi. Bu salbiy emotsiyalar bosh miya poʻstlogʻining faoliyatini susaytiradi, miya poʻstlogʻi bilan markaziy asab tizimining quyida yotgan boʻlimlari oʻrtasidagi toʻgʻri munosabatlarga halal yetkazadi. Shu oʻzgarishlar natijasida

bachadondagi nerv oxirlarining ta'sirlanishi markaziy asab tizimida haddan tashqari kuchli og'riq bo'lib seziladi.

Homiladorlikning 35–36-haftasidan boshlab ayol bilan maxsus mashg'ulotlar o'tkaziladi.

Mashg'ulotlar o'tkazish uchun xotin-qizlar maslahatxonasida kushetkalar va o'quv qo'llanmalari (rasm, plakat, mulyajlar) bilan jihozlangan maxsus xona ajratiladi. Maxsus xona ajratishning iloji bo'lmasa, mashg'ulotlar odatdagi xonada maxsus belgilangan soatlarda o'tkaziladi.

Dastlabki tayyorgarlikka rioya qilinsa (qo'rquv va tashvishlar bartaraf qilinsa, ijobiy emotsiyalar vujudga keltirilsa) maslahatxonaga odatdagicha qatnash vaqtida tug'ruqdan 4–5 hafta ilgari to'rtta mashg'ulot o'tkazish kifoya qiladi.

Birinchi mashg'ulotda ayol jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi homiladorlik munosabati bilan organizmda ro'y beradigan o'zgarishlar haqida qisqacha ma'lumotlar beriladi, bularning hammasi tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi, deb uqtiriladi. Tug'ruq normal fiziologik hodisa deb tushuntiriladi, tug'ruqning uch davri haqida ma'lumot beriladi. Ayollar tug'ruqning birinchi davri xususiyatlari bilan tanishtiriladi, tug'ayotgan ayolning subyektiv sezgilari tushuntiriladi, dard tutishi, uning qancha davom etishi va qancha vaqtda tutib turishi haqida tushuncha beriladi. So'ngra tug'ruqning birinchi davrida ayol jinsiy a'zolarida ro'y beruvchi jarayonlar bayon qilinadi, bachadon bo'ynining ochilishiga aloqador o'zgarishlarning fiziologik xarakteri uqtiriladi, homila pufagi, qog'onoq suvining roli tushuntiriladi. Tug'ruq vaqtida bir qadar jismoniy kuch-quvvat sarf qilinishiga e'tibor jalb qilinadi. Modomiki shunday ekan, tug'uvchi ayol tug'ruq vaqtida uning hal qiluvchi davri homilaning tug'ilish davriga kuchini saqlab turishi muhim. Buning uchun tug'ruq vaqtida ayol o'zini tinch, og'ir, vazmin tutishi, muntazam ovqatlanishi, tibbiyot xodimlarining ko'rsatmalariga amal qilishi zarur.

Ikkinchi mashg'ulotda ayol dard tutgan vaqtida va tug'ruqning birinchi davrida o'zini qanday tutishi kerakligi ko'rsatiladi. Tug'ruqning to'g'ri o'tishiga va og'riq sezgilarining kamayishiga yordam beradigan quyidagi maxsus jismoniy amallar homilador ayollarga o'rgatiladi.

1. Tinch yotish.
2. Dard tutgan vaqtda birtokis chuqur nafas olish.

3. Nafas olgan va nafas chiqargan vaqtda ikkala qo'l barmoqlarining uchlari bilan qorinning pastki yarmini qov ustida qorinning o'rta chizig'idan tashqariga va yuqoriga qarab yengilgina silash.

4. Nafas olish va chiqarish bilan bir vaqtda dumg'aza va bel sohasining terisini silash.

5. Yonbosh suyagining ikkala oldingi yuqori o'sig'i oldida va bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida yonbosh suyak qirasining ichki yuzasiga terini bosib turish. Oldingi-yuqori o'siqlar oldida terini bosib turganda kaftlar son bo'ylab joylashadi, teri esa barmoqlarning uchlari bilan bosiladi. Bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida terini bosganda ayol ikkala qo'l panjalarni musht qilib qo'yadi.

6. Dard tutishi sanaladi.

7. Dard tutishlar orasidagi pauzada ayol dam oladi va mumkin qadar mudraydi.

Homilador ayol bu amallarni yaxshi bilib olishi va tibbiyot xodimlari ko'rsatib bergan muayyan tartibda aniq bajo keltirishi kerak.

Tug'ruqda og'riq reaksiyalarini kuchaytiradigan sabablar (qo'ruv, betoqatlanish, qovuqning to'lib ketishi va hokazo) mashg'ulotlar oxirida tushuntiriladi. Ayol o'zini to'g'ri tutganda bu sabablar barham topishi mumkinligi uqtiriladi.

Uchinchi mashg'ulotda homilador ayollar tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrlari qanday o'tishi, bu davrlardagi sezgilar tavsifi bilan tanishtiriladi. Homila tug'iladigan davrning boshida va oxirida qanday vaziyatda yotish ma'qulligi tavsiya etiladi. To'lg'oq tutganda nafasni to'xtatib turish mashqlari o'rgatiladi. To'lg'oq ta'sirini oshirish uchun chuqur nafas olgandan keyin nafasni 10–15 sekund to'xtatib turish kerakligi tushuntiriladi. Nafasni to'xtatib turish har bir dard va to'lg'oq tutgan vaqtda 2–3 marta takrorlanib, muskullar tarangligining ortishiga yordam beradi. Homila boshi chiqayotgan paytda to'lg'oq kuchini kamaytirish uchun to'g'ri nafas olish va barcha muskullarni bo'shatish o'rgatiladi. Yo'ldosh tushish davrining qanday o'tishi, qancha davom etishi, unda dard tutish xarakteri tushuntiriladi.

To'rtinchi mashg'ulot. Avvalgi mashg'ulotlarda berilgan hamma bilim va mashqlar to'rtinchi mashg'ulotda qisqacha takrorlanadi, yuqorida ko'rsatilgan usullarni ayollar qanchalik o'zlashtirganligi tekshiriladi.

Ayol maslahatxonaga avvallari kelib turganda psixoprofilaktik tayyorgarlik yetarli darajada o'tkazilmay, 35–36 haftadan boshlab birinchi marta o'tkazilayotgan bo'lsa, 4 mashg'ulot kamlik qiladi. Bu holda 5 yoki 6 mashg'ulot o'tkazish talab qilinadi. Maslahatxonadagi mashg'ulotlar vaqtida vujudga keltirilgan shartli aloqalarni mustahkamlamoq uchun homilador ayolning bilib olgan usullarini uyida takrorlab kelishi tavsiya etiladi.

Homilador ayol tug'ruq kompleksidagi tartib va shart-sharoit bilan tanishtiriladi, tug'ruq vaqtida, albatta, amalga oshiriladigan va amalga oshirilishi mumkin bo'lgan muolajalar (tashqi tekshirish, qin orqali tekshirish, venaga glukoza yuborish, kisloroddan nafas oldirish va hokazo) dan xabardor qilinadi. Tibbiyot xodimlarining hamma ko'rsatmalariga qat'iy amal qilish, tug'ruq vaqtida muntazam ovqatlanish zarurligi homilador ayollarga tushuntiriladi.

Homilador ayollarga patronaj yo'li bilan xizmat ko'rsatganda akusher tug'ruqning qanday o'tishi va tug'ruq vaqtida o'zini tutish qoidalari to'g'risida olingan tasavvurni yana ayolning esida qoldiradi.

Psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasi tug'ruq kompleksida ishning tashkil etilishiga, tibbiyot xodimlarining xulq-atvoriga anchagina bog'liq. Tug'ruq kompleksida saranjom-sarishtalik, osoyishta vaziyat hukm surishi, tug'uvchi ayollarga xushmuomalada bo'lish kerak.

Nazorat uchun savollar

1. Ayollarni tug'ruqqa fiziopsixoprofilaktik tayyorlash usuli.
2. Demedikolizatsiya (normal tug'ruqni dori-darmonsiz olib borish).
3. Tug'ruqni zamonaviy og'riqsizlantirish usullari.

XIII BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI

Chilla davri (tugʻruqdan keyingi davr — *puerperium*) homilaning tugʻilgan paytidan boshlanib, 6–8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tugʻruq munosabati bilan roʻy bergan oʻzgarishlarning deyarli hammasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoriga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan baʼzi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz koʻra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (koʻpincha emizish davri tugagandan keyin) hayz koʻradi. Emizikli ayollardan faqat baʼzilari tugʻruqdan 6–8 hafta keyin hayz koʻra boshlaydi.

TUQQAN AYOL ORGANIZMIDAGI OʻZGARISHLAR

Jinsiy aʼzolarining oʻz asliga qaytish jarayoni — jinsiy involutsiyasi. Yoʻldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati choʻzilgani uchun bachadon ancha harakatchan boʻlib qoladi. Bachadon tubi tugʻruqdan bevosita keyin kindikdan 1–2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bogʻliq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bemalol siljiydi. Qovuq toʻlib ketganda bachadon tubi qovurgʻalar ravogʻi ostigacha yetishi mumkin. Bachadon boʻyni tugʻruqdan keyin yopqqa devorli xalta shakliga kiradi, boʻyin kanali qoʻl panjasini bemalol oʻtkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma boʻlib osilib tushadi. Bachadonning ichki yuzasi platsenta va pardalar koʻchgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tugʻruqdan keyinroq bachadonning boʻyi oʻrta hisob bilan 15 sm (13–16 sm), bachadon naylari boshlangan joy roʻparasidagi eni 12–13 sm, vazni 1000 g keladi.

Tugʻruqdan keyin qin ilvillagan, keng, tashqi jinsiy aʼzolar shishgan, boʻrtgan, jinsiy yoriq ochiq boʻladi. Tashqi jinsiy aʼzolar va qin devorlari koʻpincha yoriladi va chaqalanadi.

Chilla davrida bachadon kichrayadi, boʻyni avvalgi shakliga keladi, bachadonning sidirgʻa jarohat boʻlgan ichki yuzasi bitadi.

Chilla davrida bachadon muskullarining qisqarishi (chilladagi dard tutishi) sababli hajmi kichrayadi. Bachadon muskullarining

qisqarishi natijasida muskul tolalaridan bir qismi qonsirab (anemizatsiya), yog' distrofiyasiga uchraydi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa bo'ladi. Tug'ruqdan keyingi dastlabki 10–12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tug'ruqdan keyin bachadon tubi 1–2-kuni kindik ro'parasida (qovuq to'lmagan bo'lsa), 3-kuni kindikdan 1–2 barmoq enicha pastroqda, 4-kuni kindikdan 2–3 barmoq enicha pastroqda, 5-kuni qovning yuqori chekkasi bilan kindik orasidagi masofaning o'rtasida bo'ladi, 6-kuni bachadon tubi hozirgina ko'rsatilgan sathdan taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi, 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10–12-kuni bachadon tubi odatda qov orqasiga o'tib, qo'lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o'lchab olinadigan ma'lumotlarga asoslanib, bachadon involutsiyasi haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo'shatilgach santimetrli lentada o'lchanadi. Bachadonning bo'yi kichrayish bilan bir vaqtda eni va vazni ham kamayadi.

Bachadon bo'yni ichkaridan tashqariga qarab shakllanadi ichki teshigi ertaroq, tashqi teshigi kechroq yopiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig'arli ochiq turadi, 7–10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug'ruqdan keyin 3-haftada yumiladi.

Bachadon qisqarishi bilan bir vaqtda bezlarining tub bo'limlaridagi epiteliy va endometriy bazal qavatining stromasi o'sishi hisobiga bachadon shilliq pardasi tiklanadi (regeneratsiya). Shilliq parda regeneratsiyasi ayolda bachadon jarohatining bitish jarayonidan iborat. Bachadon jarohati bitgan vaqtda leykotsitlar devori (grapulation val) hosil bo'ladi. Bu val bachadon devoriga va jinsiy yo'llarning boshqa bo'limlariga mikroblar kirishiga to'sqinlik qiladi.

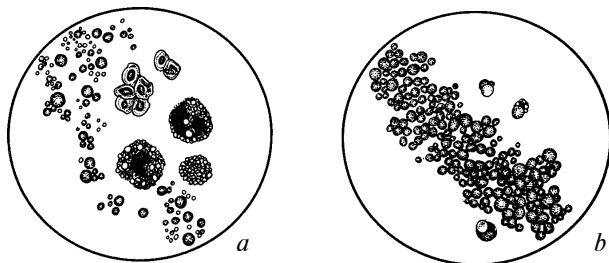
Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug'ruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo'ladi, 20-kunga borib endometriy to'la tiklanadi.

Loxiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar – loxiyalar (*lochial*) keladi. Loxiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, ya'ni jarohat sekretidir. Loxiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi desidual parda qoldiqlaridan, leykotsitlardan iborat; dastlabki kunlarda loxiyalarga anchagina qon aralashgan bo'ladi.

Dastlabki 3–4 kunda loxiyalar qonday qizil bo‘ladi (*lochia rubra*). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, picha qon aralash seroz suyuqlikka o‘xshaydi (*lochia serosa*), 10-kunga borib tiniq, qonsiz bo‘lib keladi (*lochia alba*). Loxiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab loxiyalar kam kelib, shilimshiq bo‘lib qoladi, 5–6-haftaga borib chiqmay qo‘yadi.

Bachadon involutsiyasi sekin davom etganda loxiyalar chiqishi cho‘zilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa, loxiyalar bachadon bo‘shlig‘iga to‘planishi mumkin, bu loxiometra (*lochiometra*) deb aytiladi.

Sut bezlarining funksiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari o‘zgarib, kelajakdagi funksiyasini o‘tashga – sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq emchak uchidan og‘iz suti – sekret tomchisini siqib chiqarish mumkin. Og‘iz suti ishqoriy reaksiyali suyuqlik bo‘lib, unda oqsil, yog‘ tomchilari, bez pufakchalari va sut yo‘llarining epiteliy hujayralari va og‘iz suti tanachalari (yog‘ tomchilari bilan to‘lgan leykotsitlar) bor (97-rasm, *a*).



97-rasm. Og‘iz suti va sut (mikroskopda ko‘rinishi):

a–og‘iz suti, og‘iz sutining tanachalari va yog‘ tomchilari ko‘rinib turibdi; *b*–sutda faqat yog‘ tanachalari ko‘rinib turibdi.

Tug‘ruqdan keyin 2–3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda shu paytda sut bezlari to‘lishadi va sezuvchan bo‘lib qoladi, ular to‘lishganda ayol sut bezlarining tirsillab og‘riyotganini aytadi, bu og‘riq qo‘ltiqqa o‘tadi, qo‘ltiqda ba‘zan bezillab turgan tugunchalar paypaslab topiladi.

Sut murakkab reflekslar va gormonlar ta‘sirida ishlanib chiqadi. Sut hosil bo‘lishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi.

Sut bezlari sutdan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqarsa kerak. Bola emganda em-

chak uchidagi nerv elementlarining ta'sirlanishi tufayli bachadon refleks yo'li bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleks yo'li bilan qisqarishini tuqqan ayol ko'pincha dard tutganga o'xshash og'riq sezadi.

Sut oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan mayda-mayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat (97-rasm, *b*). Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibi: suv 87–88%, oqsil (kazein va albumin) 1,5–2%, yog'lar 3,5–4%, qand 6,6–7,5%, tuzlar 0,18–0,2%.

Tuqqan ayolning umumiy ahvoli va ichki a'zolari. Chilla davri normal o'tayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi bo'ladi. Tuqqan ayol ba'zan dastlabki kunlari tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasida og'riq sezadi, bu og'riq doimiy bo'lmaydi. Tuqqan ayollar ba'zan, ayniqsa, bola emizish vaqtida og'riq tutayotganini aytishadi. Tuqqan ayol bir daqiqada 14–16 marta chuqur nafas oladi. Pulsi bir tekis, yaxshi to'lishgan bo'ladi, tomiri bir daqiqada 70–75 marta uradi, puls ko'pincha siyraklashadi (fiziologik bradikardiya). Arterial bosim dastlabki kunlarda norma doirasida yoki salpal pasaygan bo'ladi. Chilla davri fiziologik o'tganida tana harorati normal bo'ladi. Chilla davrining o'tishi odatda tana harorati va puls bilan ta'riflanadi. Tomirning tez-tez (bir daqiqada 90 marta va undan ortiq) urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37° dan ortishi chilla davri og'irlashganini, ko'pincha chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo bo'lganligidan darak beradi.

Tuqqan ayol ayniqsa ko'p suyuqlik ichganda terlashga moyil bo'ladi.

Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, keyinchalik asliga keladi. Gavda vazni tug'ruqdan keyingi kunlarda kamayadi, odatda yog' to'planishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydi-yu, qovuq funksiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish ko'pincha qiynlashadi. Siydik chiqarishning qiynlashuvi aksari shundan iboratki, tuqqan ayol qovug'i ancha to'lib ketganda ham siygisi qistayotganini sezmaydi. Ba'zan siygisi qistagani holda siydik chiqarish qiynlashadi, ba'zan esa siydik chiqayotganda og'riq seziladi. Siydik chiqarishning buzilishi qovuq atoniyasiga yoki shilliq pardasining homila boshi bilan qisilib shishganiga bog'liq bo'lishi mumkin. Siydik chiqarishda og'riq sezilishi odatda tashqi jinsiy a'zolar va oraliq

sohasining yorilgan va chatnagan joylariga siydik kirishiga bog'liq. Ba'zi ayollar yotgan holida siydik chiqara olmagan uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funksiyasi. Chilla davrida ko'pincha ich kelmay qoladi (qabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bog'liq. Qorin pressining bo'shashuvi, turmasdan o'rinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab bo'ladi.

Tuqqan ayollarda ba'zan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo bo'ladi, bular odatda aytarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa defekatsiya vaqtida og'riq seziladi.

CHILLA DAVRINI BOSHQARISH

Chilla davri normal o'tsa, tuqqan ayolni sog'lom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj bo'ladi, bu rejim jinsiy a'zolar involutsiyasining to'g'ri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funksiyasiga yordam beradi.

Tuqqan ayolni parvarish qilishda **aseptika va antiseptika qoidalariga** rioya qilish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Bachadonning jarohat yuzasi, tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infeksiya kirishi mumkin. Modomiki shunday ekan, tuqqan ayolning jinsiy yo'llariga infeksiya kiritishi chilla davrining septik infeksiyasi avj olishi nuqtayi nazaridan katta xavf tug'diradi. Tuqqan ayollarning ko'pincha emchak uchlari yoriladi, unga infeksiya kirishi ham xavfli. Emchak uchining yorilgan joylaridan infeksiya kirishi natijasida sut bezi yallig'lanadi (mastit).

Shunday bo'lgach, chilla davrida palata, o'rin-bosh va barcha parvarish buyumlarini g'oyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tuqqan ayolning jinsiy a'zolariga va sut bezlariga uriladigan hamma asboblari, material va parvarish buyumlari steril bo'lishi kerak. Tuqqan ayollarning tagini tozalaganda qo'lni sinchiklab yuvib, dezinfeksiya qilish va niqob tutish talab etiladi. Tibbiyot xodimlari shaxsiy gigiyenaning hamma qoidalariga rioya qilishlari zarur.

Tuqqan ayollarning yotish sharoiti. Tuqqan ayollar yotadigan palatalar yorug' va keng bo'lishi kerak. Har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon to'g'ri keladigan bo'lsin. Palatalar

sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va ko'p marta shamollatib turiladi. Har 7–10 kunda hozirgi davrda 5–6 kunda (tuqqan ayollar uyiga jo'natilgandan keyin) palata bo'shatiladi, so'ngra sinchiklab yig'ishtiriladi, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfeksiyalanadi. Tuqqan har bir ayol uyiga jo'natilgach, krovat va kleyonkalar suv va dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmalayotgan ayollar uyiga jo'natilgach, o'rin-boshi dezinfeksiya qilinadi.

Tuqqan ayol tug'ruq bo'lmasidan palataga keltirilgach, toza o'ringa yotqiziladi. Tuqqan ayolning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning o'rtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (o'lchami o'rta hisob bilan 1x1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashtiriladi. Boshqa choyshab va ko'ylak ifloslangan sayin yangilab turiladi. Choyshab-ko'ylak obdon qaynatib yuviladi va yaxshilab issiq dazmol uriladi.

Har bir koyka yonida individual tuvak bo'lishi kerak, u qaynatib olingan bo'ladi va tuqqan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi (98-rasm).



98-rasm. Tuqqan ayollar palatasining umumiy ko'rinishi.

Chilla davri normal o'tganda va ayol bolasini muntazam emizib turganda bachadon involutsiyasi to'g'ri boradi va bachadonni qisqartiradigan dorilarga ehtiyoj qolmaydi. Bachadon involutsiyasi sust borganda (subinvolutsiya) bachadon qisqarishini kuchaytiradigan dorilar: qoramig'ning suyuq ekstrakti (*Extr. Secalis cornuti fluidum*) kuniga 2 mahal 25 tomchidan, stiptisin (*Stypticinum*) kuniga 2–3 mahal 0,05 g dan ichiriladi, pituitrin (*Pituitrinum*) kuniga 1–2 mahal 1 ml dan inyeksiya qilinadi.

Qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shab turishi bachadon involutsiyasining to'g'ri borishiga yordam beradi.

Siydik chiqarish qiyinlashganda tuqqan ayol chanog'i tagiga tuvakni isitib qo'yiladi, qovuq ustiga 15–20 daqiqa isitgich qo'yish mumkin. Refleks yo'li bilan (vodoprovod jo'mragidan, obdastadan jildiratib suv tushirib va shunga o'xshash yo'llar bilan) siydik chiqartirishga urinib ko'rsa bo'ladi. Pituitrin kuniga 1–2 mahal 1 ml dan va magniy sulfat (25% li eritmasi 5–6 ml dan muskul orasiga) inyeksiyalari yaxshi amal qiladi.

Ovqatlanishi. Tuqqan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda oson hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyali ovqatlar, bulka, pechenye, tvorog, smetana, manniy bo'tqasi, kisel, novvotli choy va kofe tavsiya etiladi. 3-kundan boshlab odatdagi ovqatlar beriladi. Ho'l mevasabzavot va vitaminlarga boy boshqa ovqatlarni iste'mol qilish zarur. Ayniqsa qishda va ho'l mevasabzavot yo'q joylarda tuqqan ayollarga vitamin C, B, D, A preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar (yog'li go'sht, to'sh, po'stdumba, no'xat, hasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklar ichish man etiladi.

Tuqqan ayolni parvarish qilish. Tuqqan ayolni parvarish qilishdagi asosiy vazifa uni infeksiyadan saqlash va organizmning barcha funksiyalari normal borishiga yordam berishdir. Qat'iy tozalikka rioya qilishning alohida ahamiyati bor. Tuqqan ayol, albatta, tish tozalaydi, kuniga kamida 2 mahal toza jom ustida iliq suv bilan sovunlab yuvinadi, sochini taraydi, toza ro'mol o'raydi, ko'ylagini almashtiradi. Keyinchalik bola emizish va ovqat yeyishdan oldin qo'lini sovunlab yuvadi.

Tashqi jinsiy a'zolarining toza bo'lishiga katta e'tibor beriladi. Jinsiy yo'llardan chiqadigan loxiyalar tashqi jinsiy a'zolarini va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning ko'payishiga yordam beradi. Shunday bo'lgach, tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolarini kuniga kamida 2 mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

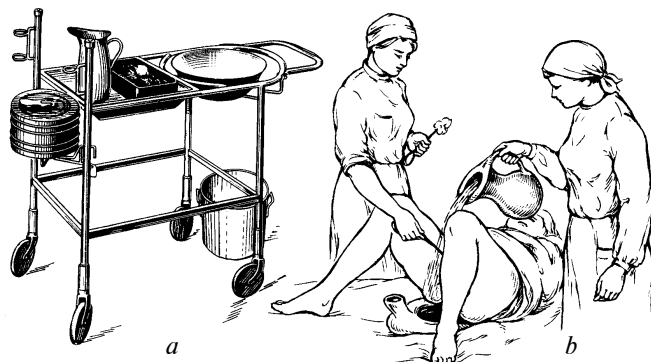
Tashqi jinsiy a'zolar quyidagicha tozalanadi. Steril paxtani ushlaydigan asboblardan (kornsanglar yoki uzun pinsetlar qaynatilgan) olinadi. Tuqqan har bir ayolga alohida asbob ishlatiladi, shuning uchun tuqqan ayollar nechta bo'lsa, o'shancha asbob turishi kerak. Kaliy permanganat (1:4000–1:6000) yoki xloramin

B, xlorli ohak, septoksin, septobak, novodez eritmalari keragicha tayyorlab qo'yiladi.

Asboblar, steril material (paxta sharchalar), spirt, yod ko'chma stolchaga qo'yiladi (99-rasm, *a*). Akusher niqob tutadi, qo'llarini yuvadi, steril qo'lqop kiyib, tashqi jinsiy a'zolari tozalaydi, farrosh stolchani bir ayolning yonidan ikkinchi ayolning yoniga surib beradi, tuvak tutadi va oladi, dezinfeksiyalovchi eritmani Esmarx krujkasidan yoki obdastadan tashqi jinsiy a'zolariga quyib turadi (99-rasm, *b*).

99-rasm. Tuqqan ayollar jinsiy a'zolarini tozalash:

a—tuqqan ayolni tozalash uchun maxsus stolchani jihozlash; *b*—tuqqan ayolni tozalash.



Tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolari **qo'lda emas**, balki kornsangga qisilgan **steril paxta sharcha bilan yuviladi**. Tuqqan ayol chanog'ining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfeksiyalovchi eritmani jildiratib qo'yib, tashqi jinsiy a'zolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. So'ngra yuvilgan a'zolar steril paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choyshab olinib, yangisi yoziladi. Defekatsiyadan keyin ham shunday tozalash kerak.

Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy a'zolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, shu maqsadda steril paxta qo'yiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4–5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tug'ruqdan keyin 6-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi.

Harorati ko'tarilgan, yuqori nafas yo'llari shamollagan, terisiga yiringli yaracha toshgan va infeksiyaning boshqa belgilari bo'lgan ayollarni sog'lom ayollardan ajratib, alohida boks xonaga yotqizish zarur. Bunday ayollarning tashqi jinsiy a'zolari sog'lom ayollardan keyin tozalanadi.

Infeksiya yuqqan ayollarni o‘z vaqtida ajratib qo‘yish tuqqan ayollar va chaqaloqlar o‘rtasida kasallikliklarning oldini olishda juda katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta e‘tibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kechqurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5 % li eritmasi yoki iliq suvda sovunlab yuvish tavsiya etiladi.

Dastlab emchak uchi, so‘ngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi. Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun o‘ziga loyiq lifchik tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan bo‘lsa, suyuqlikni kamroq ichish tavsiya etiladi, surgi (20–30 g magneziiy sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi to‘la bo‘shamasa, har bir emizishdan keyin sutni qo‘lda yoki sut so‘radigan asbobda sog‘ib olish kerak.

Nazorat uchun savollar

1. Chilla davrida tuqqan ayol organizmidagi endokrin, markaziy asab tizimi, yurak qon tomir tizimi va jinsiy a‘zoldagi) fiziologik o‘zgarishlar.
2. Sut bezlarining funksiyasi, mastitni oldini olish.
3. Tuqqan ayollarni parvarishlash.
4. Chilla davridagi septik kasalliklarni oldini olish.

XIV BOB. CHAQALOQLIK DAVRI FIZIOLOGIYASI VA PATOLOGIYASI

Chaqaloqlar gavda tuzilishi va funksional xususiyatlari bilan kattaroq bolalardan va katta yoshli kishilardan anchagina farq qiladi.

Chaqaloqlarda ko'p a'zo va tizimlar, jumladan markaziy asab tizimining taraqqiyoti tugamagan bo'ladi. Chaqaloqlar organizmining to'qimalari sersuv, funksional jihatdan to'la yetilmagan, oson jarohatlanadigan, noqulay ta'sirlarga chidamsiz bo'ladi. Ayniqsa chala tug'ilgan chaqaloqlarda termoregulatsiya takomillashgan emas. Chaqaloqlar shuning uchun salga sovqotadi va qizib ketadi.

Chaqaloqlar infeksiyaning ko'p turlariga chidash bermaydi; ular, ayniqsa, septik infeksiyaga moyil, bu infeksiya kindik qoldig'i, teri, burun-halqum, me'da-ichak yo'llari orqali organizmga kiradi.

Chaqaloqlar organizmi infeksiyaga qarshilik ko'rsatish imkoniyati kam, shunga ko'ra mikroblar qon va limfa tizimiga osongina kirib oladi va butun organizmga tarqaladi.

Chaqaloqlik davri ona qornidan tashqaridagi yangi muhit sharoitiga moslanish davridir. Tashqi muhit sharoiti qulay, yaxshi bo'lsa, chaqaloq organizmi bu sharoitga oson moslashadi. Noqulay sharoitda moslanish jarayoni buziladi va chaqaloq turli kasalliklarga osongina chalinadi.

Chaqaloqlarni emizish va parvarish qilishda ularning infeksiyaga, sovish va qizib ketishga, ovqatlanish sharoitining buzilishiga sezuvchan ekanligini esda tutmoq kerak.

TUG'RUQ KOMPLEKSLARIDA CHAQALOQLAR BO'LIMI (PALATASI) ISHINI TASHKIL ETISH

Hamma yirik tug'ruq komplekslarida chaqaloqlar uchun maxsus bo'limlar bor, ularda yetilib tug'ilgan sog'lom bolalar palatasi, chala tug'ilgan, tug'ruq vaqtida jarohatlangan chaqaloqlar palatasiga ajratiladi. Infeksiya yuqqan deb gumon qilingan chaqaloqlar boksli palataga, kasallanganlari esa izolatorga yotqiziladi.

Ikkinchi (shubhali) akusherlik bo'limida chaqaloqlarning maxsus palatasi bo'ladi.

Tug'ruqda yordam beruvchi kichik muassasalarda chaqaloqlar uchun bo'limlar emas, balki palatalar tashkil etiladi.

Chaqaloqlarni parvarish qilish uchun tibbiyot hamshiralarning maxsus shtati ajratiladi.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) uchun eng yorug', quruq, keng, yaxshi shamollatiladigan binolar ajratiladi. Har bir chaqaloq o'rniga kamida 2,5 m² maydon to'g'ri kelishi kerak.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) da faqat zarur asbob-anjomlar turadi, ortiqcha buyumlarni saqlashga yo'l qo'yilmaydi. Barcha mebel va parvarish buyumlari oson yuviladigan bo'lishi kerak. Chaqaloqlar palatasida krovatchalar, tarozi, yo'rgaklash stoli, asboblari, dorilar va material turadigan shkafcha, toza kiyim shkafchasi, ifloslangan taglik tashlanadigan bak, issiq va sovuq suv beriladigan umivalnik, chaqaloqning rivojlanish tarixini to'ldirish stolchasi turadi.

Krovatchalar metallardan yasilib, och rangga bo'yalgani ma'qul. Krovatchaga qil yoki gubka tiqilgan to'shak yoziladi. Par to'ldirish yaramaydi. To'shakka kleyonka solinadi, ustidan choyshab yoziladi. Yostiqcha jildi yupqa bo'lib, ichiga qil yoki gubka to'ldiriladi; yostiq ishlatmasa ham bo'ladi.

Yengil yo'rgak va ishtonchalari oq rangli yumshoq ip gazlamadan, issiq yo'rgak va koftochkalar bumazi, paxmoq yoki yumshoq paxtali gazlamadan tayyorlanadi. Yo'rgak va ishtonchalar choki dag'al bo'lmasligi, tugma qadalmasligi kerak. Qishlik adyollar jun gazlamadan, yozlik adyollar matodan bo'ladi.

Har bir chaqaloqda bir sutkada 3 ta ishtoncha, 3 koftochka, 20 ta taglik, 20 ta yengil yo'rgak, 10 ta issiq yo'rgak, ikkita adyol jildi, 1 choyshab kerak. Chaqaloq koykasiga kerakli buyumlarning umumiy miqdori ularning qanchalik tez yuvilishiga bog'liq. Hozirgina ko'rsatilgan buyumlarning umumiy miqdori kamida uch sidra kerak bo'ladi.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar palatasidagi harorat 20–22°C, chala tug'ilgan bolalar palatasidagi harorat 22–24°C. Qishda, zarur bo'lsa, qo'shimcha isitish asboblari o'rnatiladi. Yozda bolalarning qizib ketishiga qarshi choralari ko'rilada (derazalar qorong'ilatiladi, nam choyshablar tutiladi, sutkaning salqin vaqtida shamollatiladi). Chaqaloqlarni har gal emizgan vaqtda palatalarni shamollatish zarur, yozda derazalar lang ochib qo'yiladi.

Chaqaloqlar yotadigan palatalar nihoyatda toza tutiladi. Bolalarni emizgan vaqtda bino namlab tozalanadi va barcha mebel artiladi. Har kuni bir necha marta tozalashdan tashqari, palatalar,

siklik ravishda muntazam tozalab turiladi. Palatalar navbat bilan bo'shatiladi (bir sutkada tug'ilgan bolalar bir palataga yotqiziladi va odatda bir vaqtda uyiga jo'natiladi), bir sutka shamollatiladi; palatalar va mebel sinchiklab yuviladi va dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi, matraslar dezinfeksiya qilinadi. Yuvilgan palata va mebelga simob-kvars lampasidan nur tushiriladi. Palata shu tariqa tozalangach, tug'ruq bo'lmasidan chaqaloqlar olib kelib yotqiziladi. Bolalar kiyimi va yo'rgagining tozaligiga alohida e'tibor beriladi. Bolalar kiyimi va yo'rgagi alohida yuviladi, sinchiklab qaynatiladi, issiq dazmol uriladi. Bolalar uchun tegishli sharoit mavjud bo'lsa, dastlabki kunlari steril yo'rgak tutiladi va steril ishtoncha kiygiziladi.



100-rasm. Chaqaloqlar palatasi (umumiy ko'rinishi).

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

Chaqaloqlar parvarishida ularning rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'dirishga yordam berish kerak. Chaqaloqlarni tashqi muhitning noqulay ta'siridan, ayniqsa infeksiyadan saqlash parvarishning asosiy qoidalaridan hisoblanadi.

Chaqaloqlar parvarishi tegishli tayyorgarlikdan o'tgan tibbiyot hamshiralariga topshiriladi; kichik tug'ruq komplekslarida (tug'ruq bo'limlarida) chaqaloqlarni akusher parvarish qiladi. Texnik xodimlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga qo'yilmaydi, farroshlarga tozalash va boshqa turli yordamchi ishlar ruxsat etiladi.

Xodimlar navbatchilikka kelgach, qo'llarini tirsagigacha cho'tkada sovunlab obdon yuvadi, so'ngra dezinfeksiya qiladi (spirt, 2,4% S-4 eritmasi vodorod peroksidi va chumoli kislotasi aralashmasi – pervomur, xlorgeksedin biglukonat, degmitsin, yodopiron va boshqalar). Har bir chaqaloqni yo'rgaklashdan oldin xodim qo'llarini yuvadi va dezinfeksiyalovchi eritma bilan artadi.

Tug'ruq bo'limidan chaqaloqlar palatasiga keltirilgan chaqaloqqa isitilgan ko'ylak kiygiziladi, krovatchaga yotqiziladi va ahvoli diqqat bilan kuzatiladi. Chaqaloq qusishi, nafas olishi buzilishi (sianoz), kindigi qonashi mumkinligini esda tutmoq kerak.

Chaqaloqlar sutkasiga ikki marta (ertalab birinchi emizishdan oldin va kechqurun) tozalanadi. Ayni vaqtda bola ko'zdan kechiriladi, terining hamma burmalari, kindigidagi boylam tekshiriladi, terisi va sezgi a'zolari parvarish qilinadi, tana harorati o'lchanadi, vrachning buyurganlari bajariladi. Ertalabki tozalashda chaqaloqlar tortib ko'riladi.

Teri parvarishi juda katta ahamiyatga ega. Bolaning nozik terisi noto'g'ri parvarish qilinsa, osongina bichiladi, chaqalanadi va boshqa shikastlarga uchraydi, bulardan esa infeksiya kiradi. Shu sababli terida yiringli jarayonlar paydo bo'lib, septik kasallik ro'y berishi mumkin.

Ertalabki va kechqurungi tozalash (tualet)da bolaning butun badani sinchiklab ko'zdan kechiriladi, oson bichiladigan teri burmalariga (quloq orqasi, bo'yin, qo'ltiq, chov va hokazo) ahamiyat beriladi.

Chaqaloqning kindik qoldig'i tushib ketguncha cho'miltirilmaydi, chunki kindik jarohati bitmasdan turib cho'miltirilganda infeksiya kirishi mumkin. Shu sababli kindik qoldig'i tushib ketguncha va kindik jarohati bitguncha bolaning yuzini qaynagan iliq suvga yoki 2% li borat kislotasi eritmasiga ho'llangan paxtada yuvish bilan kifoyalaniladi; quloq orqasidagi teri, quloq suprasi, bo'yin burmalari, qo'l-oyoq kafti nam paxta bilan artiladi, quritiladi, so'ngra butun badani quritiladi.

Chaqaloq badanini ko'zdan kechirganda terining qizargan joylari topilsa, steril vazelin moyi yoki kungaboqar moyi surtiladi.

Chaqaloq siyib qo'ygan yoki bulg'angan bo'lsa, bir emizish bilan ikkinchi emizish orasida yo'rgak almashtiriladi va tagi tozalanadi. Ifloslangan yo'rgak yig'ishtirib olinadi, badanning pastki yarmi iliq suv quyib turib yuviladi. Ayni vaqtda kindik qoldig'iga suv tegmasligi uchun ehtiyot bo'lish kerak. Teri yuvilgandan keyin u namni oson shimadigan toza yo'rgak bosish yo'li bilan quritiladi (yo'rgakka artilmaydi!). Dumba terisi va chov burmalariga profilaktika maqsadida steril moy surtiladi.

Chaqaloqning badani, odatda noto'g'ri parvarish natijasida bichiladi. Buni bartaraf qilish uchun parvarishni yaxshilash, terini siydik va najas tegishidan saqlash kerak. Teri osongina bichilaversa (qizarsa), steril moy surtish bilan kifoyalaniladi. Qizargan teri bichilsa (maseratsiya) 3% li kaliy permanganat eritmasidan surtib, quyidagi tarkibdagi kukun sepiladi: *Acidi borici* 1,0, *Bis-*

muthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,0, Talci veneti, Amyli tritici aa 50,0.

Yiringli kasalliklarning oldini olishga alohida e'tibor beriladi. Yiringli yara-chaqa bo'lgan chaqaloq ajratiladi. Har bir yara-chaqaga gramitsidinning spirtli eritmasi (0,04%), streptotsid (1–2%) mazi yoki kaliy permanganat (3%) surtiladi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida penitsillin eritmasi muskul orasiga yuboriladi, bolani vrach kuzatib turishi kerak.

Sezgi a'zolari parvarishi. Chaqaloqning ko'z-qovoqlari 2% li borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharcha bilan yuviladi. Har bir ko'z alohida paxtada ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi.

Quloq parvarishi ertalabki tozalashda quloq supralarini artish bilan kifoyalanadi. Odatda eshituv yo'lini tozalashning hojati yo'q.

Chaqaloq nafas olishga qiynalib, burnini shilimshiq bosgandagina burun yo'llari tozalanadi. Burun teshiklari vazelin moyi shimdirilgan paxta pilikda avaylab artiladi.

Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasini artish mutlaqo yaramaydi, chunki aks holda, og'iz shilliq pardasi chaqalanishi va kasalliklar ro'y berishi mumkin. Chaqaloqni yaxshi parvarish qilmaslik va to'g'ri emizmaslik sababli og'zi oqarganda ham, og'iz shilliq pardasini artmasdan, 10% li bura eritmasi bilan glitserin aralashmasini avaylab surtish tavsiya etiladi.

CHAQALOQLAR PARVARISHINING ZAMONAVIY USULLARI

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mezonlariga mos ravishda chaqaloqni tug'ilgan zahotiyoq tanadan issiqlikni yo'qotmaslik uchun issiqlik zanjiri tamoyiliga amal qilgan holda tezda artib quritiladi va ona qorniga yotqiziladi. Onasi bilan birga issiq ko'rpa (ad-yol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Chaqaloqni sovqotishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Chaqaloqda emishga tayyorlashning birinchi belgilari (birdaniga tez nafas olishi, so'rish harakatlari, ko'krakni qidirish) paydo bo'lgach, 30–60 daqiqa davomida ko'krakdan emizish mumkin.

Bevosita teri-teri aloqasi — chaqaloqni ona terisi bilan bevosita aloqasi uchun ko'kraklar orasiga yotqiziladi va issiqlikni saqlash uchun ona-bola ko'rpa bilan o'raladi. Bu usulni sog'lom tug'ilgan

chaqaloqlarda amalga oshiriladi. Agarda teri ranglarida sianoz bo'lsa, asab buzilishlari aks etsa, nafas olish notekis bo'lsa bu usul qo'llanilmaydi.

Bevosita teri-teri aloqasi, "issiqlik zanjiri" asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda, chaqaloq tug'ruq zalida bo'lishi davrida davom etadi.

Agar chaqaloq tug'ilganda gipotermiya holatida bo'lsa, uni isitish juda qiyin bo'ladi. Ularni issiqda, kyuvez yoki maxsus isitgich apparatlarida saqlashga to'g'ri keladi.

Sog'lom chaqaloqlarda nafas yo'llaridan uzoq vaqt shilimshiq moddani so'rib olish uning bir tekis nafas olishiga to'sqinlik qilishi va bronxospazmga olib kelishi mumkin. Shuning uchun og'iz bo'shlig'ini tozalashda bir marotaba ishlatiladigan balloncha yoki maxsus yumshoq so'ruvchi kateterdan foydalanish yaxshiroq. Kateter bolaning og'ziga 3 sm gacha kiritilishi kerak, avval og'iz, keyin burun tozalanadi. Muolaja 5 sekunddan oshmasligi kerak.

Kindikni qisish – tug'ilgandan taxminan bir daqiqa o'tgach, kindik pulsatsiyasi to'xtagach amalga oshiriladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilingan holda, qurituvchi moddalardan foydalanmasdan, ochiq usulda olib boriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolani chilla davri palatasiga o'tkazishdan avval bajariladi, ya'ni birinchi ikki soat davomida, teri-teri aloqasi o'tkazilgandan keyin antropometriya, tana haroratini o'lchash, gonoblenoreyaning oldini olish uchun ko'zlariga 1% tetratsiklin yoki 1 % eritromitsin mazi, qizlarning jinsiy yorig'iga ushbu moddalardan yoki u bo'lmasa 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi. Gemorragik sindromning oldini olish maqsadida vitamin "K" beriladi. So'ngra kindik bo'lakchasiga Rogovin qisqichi yoki rezina halqacha o'rnatilgan yopiq qisqich qo'yiladi. Ular kindik halqasi chetlaridan 3–4 sm masofada bo'lishi kerak. Chaqaloqqa infuzion-transfuzion muolaja o'tkazish rejasi bo'lsa, kindikni ipak ligatura bilan bog'lash maqsadga muvofiqdir.

Yo'rgaklashda ko'krak qafasini qattiq qismaslik lozim, yo'rgaklash o'rniga chaqaloqqa ko'ylakcha va ishtoncha kiydirish tavsiya etiladi.

Qattiq qilib yo'rgaklash diafragmaning erkin harakatiga qarshilik ko'rsatadi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asabni, mushaklarning koordinatsiyasini, qon aylanishini buzadi, emizishga xalal qit beradi.

CHAQALOQLARNI EMIZISH. ONA SUTINING AHAMIYATI VA TARKIBI

Chaqaloqlar uchun normal ovqat — **ona sutidir**. Bola emizib boqilgandagina tamomila to'g'ri o'sadi va yetiladi. Emizib boqilayotgan bolalar o'rtasida kasallanish va o'lim sun'iy boqilayotgan bolalarga nisbatan bir necha marta kam uchraydi. Ona suti bilan boqish bolani oziqa bilan ta'minlashdan tashqari boshqa ko'pgina afzalliklarga ega: infeksiya xavfini kamaytiradi, allergiya rivojlanishining oldini oladi, bola bilan ruhiy aloqani taraqqiy ettiradi, laktatsion amenoreya usuli sifatida istalmagan homiladorlikning oldini oladi. Shuning uchun tibbiyot xodimlari emizishning ahamiyatini ayollarga tushuntiradilar va har bir ona o'z bolasini emizishi uchun barcha chorani ko'radilar.

Tarkibi: ona suti oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan maydamayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat. Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibida 77–78% suv, 1,5–2% oqsil (kazein, albumin), 3,5–4% yog'lar, 6,6–7,5% qand, 0,18–0,2% tuzlar mavjud.

Tuqqan ayollarning aksariyati (80–90%) o'z bolalarini, ayniqsa, dastlabki hafta va oylarda emiza oladi. Ko'krak suti bilan boqish muvaffaqiyati emizish qoidalari va texnikasiga rioya qilishga ko'p jihatdan bog'liq.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar, odatda, tug'ruqdan keyin ko'p o'tmay birinchi marta emiziladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar boshqa asoratlardan bo'lmasa, 30–60 daqiqa ichida emizilishi kerak.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar sutkada 6 marta, har 3 soatda emiziladi, kechasi 6 soat emizmay tanaffus qilinadi.

Emizishda chaqaloqqa infeksiya yuqmasligi uchun quyidagi qoidalariga rioya qilinadi.

1. Tomchilar orqali yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun ona emizgan vaqtda og'iz-burniga niqob tutadi.

2. Tuqqan ayol har gal bola emizishdan oldin qo'llarini iliq suvdan sovunlab yuvadi.

3. Har gal bola emizishdan oldin emchak uchlari qaynagan suvga yuviladi.

Chaqaloqni emizgan vaqtda onaning yotgan o'rniga maxsus yo'rgak solinib, bola shu yo'rgakka yotqiziladi.

Emizish texnikasining katta ahamiyati bop. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ona yonida yotgan bolasiga salgina burilib va uni

qo‘l bilan ushlab turib emizadi. Tuqqan ayol 4-kundan boshlab bolasini o‘tirib emizadi. Keyinchalik ona stul yoki kursiga o‘tirib, bir oyog‘ini skameykaga qo‘yadi, bolani tizzasiga olib, boshi va orqasidan bir qo‘li bilan ushlab turadi.

Ayol bola emizishdan oldin bir necha tomchi sutni bo‘sh qo‘li bilan sog‘ib chiqaradi va shu tariqa, sut yo‘llarining ifloslanishini bartaraf qiladi. Shundan keyin emchak uchini ishora va bosh barmoqlari bilan ushlab, qoramtir doirachasi bilan birga bolaning og‘ziga solinadi. Bola emchak uchini va uning atrofidagi qoramtir doirachani og‘ziga olganda to‘g‘ri emadi va havo yutib yubormaydi. Bola emizgan vaqtda uning burun kataklari ko‘krakka tegib qolmasligiga qarab turish kerak. Burun kataklari bekilib qolsa, bolaning nafas olishiga halal beradi. Tuqqan ayol bola emizib bo‘lgandan keyin emchak uchini quritadi va toza lifchik tutadi (lifchik sut bezlarini tagidan ko‘tarib turadi). Emchak uchining terisi nozik bo‘lsa, bola emizishdan keyin steril vazelin moyidan surtib, bir parcha paxta yoki doka yopib qo‘yish kerak. Har bir emizishda bolaning og‘ziga faqat bir emchaknigina solish kerak.

Tug‘ruqdan keyingi dastlabki kunlarda sut hali kam bo‘ladi, shuningdek sut sekretsiyasi susayganligi (gipogalaktiya) qayd qilinadi, faqat o‘sha kunlari ikkinchi emchakni ham solish mumkin. Har bir emizish 15–20 daqiqa davom etadi, yaxshi emadigan bola zarar miqdordagi sutning qariyb yarmini dastlabki 5 daqiqada so‘rib oladi. Har bir emizishda ko‘krak bezi sutdan batamom bo‘shashi kerak. Sut bezlari chala bo‘shaganda sut kam ishlanadigan bo‘lib qolishi mumkin.

Bola emizishdan keyin ko‘krakda qolgan sutni qo‘lda sog‘ish yoki qaynatilgan sutso‘rg‘ich bilan tortib olish zarur.

Emchak uchi yassi va ichiga tortilgan bo‘lsa, shuningdek yorilganda rezina so‘rg‘ichli shisha nakladka orqali emizish tavsiya etiladi.

KO‘KRAK SUTI BILAN BOQISH (SHIFOXONALARDA BOLAGA DO‘STONA MUNOSABATDA BO‘LISH TASHABBUSI (SHBDMT)

Ko‘krak suti – chaqaloqlar va bolalar uchun yagona ozuqa turidir.

Ko‘krak suti to‘yimliliği bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go‘daklar kasalliklari va o‘limi oldini olishning juda yaxshi usuli bo‘lib ham xizmat qiladi.

Har bir tugʻruqqa yordam beruvchi muassasa koʻkrak suti bilan boqishni 10 tamoyiliga rioya qilinayotgan «Shifoxonalarda bolaga doʻstona munosabatda boʻlish tashabbusi» maqomiga mos kelishga harakat qilishi kerak:

1. Koʻkrak suti bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qoʻyilgan siyosatiga ega boʻlish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari eʼtiboriga muntazam yetkazib turish.

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish koʻnikmalariga oʻrgatish.

3. Barcha homilador ayollarga koʻkrak suti bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida maʼlumot berish.

4. Onalarga, tugʻruqdan soʻng dastlabki 2 soat ichida, koʻkrak suti bilan boqishni boshlashga yordam berish.

5. Onalarga koʻkrak suti bilan boqishni va balki bolalaridan ajratilgan boʻlsalar ham laktatsiyani saqlab turishni oʻrgatish.

6. Chaqaloqqa koʻkrak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik, tibbiy koʻrsatmalar bundan mustasno.

7. Ona va chaqaloqni birga boʻlishini amaliyotga tatbiq qilish va ularni 24 soat davomida palatada birga boʻlishlariga ruxsat berish.

8. Talab boʻyicha koʻkrak suti bilan ovqatlantirishni ragʻbatlantirish.

9. Koʻkrak suti bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki koʻkrakni aks ettiruvchi sunʼiy vositalarni bermaslik.

10. Koʻkrak suti bilan boqishni qoʻllab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini ragʻbatlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan soʻng ushbu guruhlarga yuborish.

«Bolalarga doʻstona munosabatdagi shifoxona» sertifikati borligidan qatʼi nazar, har bir tibbiyot muassasasi barcha 10 tamoyilga rioya qilishlari talab qilinadi:

- koʻkrak tutishni 4 ta asosiy momentiga rioya qilish;
- koʻkrak suti bilan boqishni vaqti va oraligʻini chegaralamaslik;
- emizishgacha va emizishdan soʻng koʻkrakni yuvmaslik;
- koʻkrak soʻrgʻichlariga ishlov berish uchun hech qanday malhamdan foydalanmaslik;
- ona va bolani asossiz bir-biridan ajratmaslik;
- soʻrgʻichli idishdan boqmaslik va havoli soʻrgʻichdan foydalanmaslik;

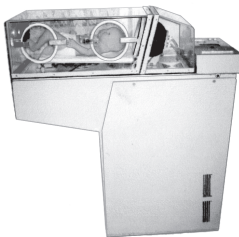
– ko‘krak suti o‘rnini bosuvchi glukoza, suv va boshqalardan foydalanmaslik;

– olgan suti miqdorini aniqlash uchun, emizishdan oldin va keyin bolani o‘lchab ko‘rish shart emas. Chaqaloqda peshob ajralishini kuzatish yetarli; kun davomida emishi 10 martadan ko‘p bo‘lishini saqlashga erishish kerak (bola yetarli sut olayotganligini eng ishonchli belgisi).

Emizishdan avval ona qo‘lini sovunlab yuvadi. Har bir emizishdan avval ko‘krakni yuvish shart emas. Agar zarur bo‘lsa, emizgandan so‘ng ko‘krak toza suv bilan (sovunsiz) yuviladi, quritiladi (artmasdan) va areola sohasi sut bilan artiladi, havoda quritib berkitiladi.

Onada sut ishlab chiqarilishi bola qancha sut emishi, ko‘krakni to‘g‘ri tutilishiga bog‘liq; bola qancha ko‘p sut emsa, shuncha ko‘p sut ishlab chiqariladi. Agar bolaga ko‘krak suti o‘rnini bosuvchi suv yoki glukoza berilgan bo‘lsa, u holda bola kam emadi va sut kam ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu holat keyinchalik onada «juda kam sut» ishlab chiqarilishiga sabab bo‘ladi. Bu esa bolani yetarli oziqlanmasligi va laktatsiya kamayishini yuzaga keltiradi.

CHALA TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH



101-rasm. Yopiq turdagi kuvez.

Bolaning chala tug‘ilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishining ma‘lumotlari, eng muhimi – chaqaloqni tekshirish ma‘lumotlari hisobga olinadi.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘shang, uyquchan bo‘lib, chinqirganda ovozi past chiqadi, yuzaki nafas oladi, ko‘pincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslari susayganligi qayd qilinadi. Bola anchagina chala bo‘lsa, sut emish va yutish reflekslari yuzaga chiqmaydi. Chala tug‘ilgan bolalarda termoregulatsiya yaxshi rivojlangan emas, shuning uchun havo soviganda tana harorati pasayadi, isib ketganda esa ko‘tariladi.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda immunitet pasaygan, shuning uchun ular yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis)ga moyilroq bo‘ladi.

Chala tugʻilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi parvarish bilan boqishga ancha-gina bogʻliq. Chala tugʻilganlar badani sovuq-dan ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash (tua-let) avaylab tez oʻtkaziladi, ayni vaqtda yoʻr-gaklash stolchasi isitiladi (isitgich qoʻyiladi, yoʻrgagi isitiladi), isituvchi lampa ostida issiq yoʻrgak va adyolga oʻraladi. Keyinchalik yoʻrgaklash va tozalash vaqtida bola, albatta, issiq tutiladi.

Chala tugʻilganlarni issiq tutish uchun ku-vez va isitgichlardan foydalaniladi. Kuvez-larning konstruksiyasi har xil, hozirgi davr harorati, namligi va shu kabilar avtomatik ravishda boshqariladigan kuvezlar bor. Oddiy kuvezlar qoʻshdevorli vannachalarga oʻxshay-di: kuvez devorlari orasidagi boʻsh kamgakka zaruratga qarab qariyb 60°C temperaturadagi suv quyiladi. Kuvez tubidagi choyshabli matrasga issiq qilib oʻralgan bola yotqiziladi. Bolaning yoniga termometr joylanadi, kuvezdagi harorat $30-32^{\circ}\text{C}$ boʻlishi kerak.

Kuvezlar boʻlmasa, 60°C gacha isitilgan suvli isitgichlardan foydalaniladi. Bolaning har tomoniga bittadan va krovatchasining oyoq tomoniga yana bitta isitgich qoʻyiladi. Isitgichlarni bolaning tagidan qoʻyish yaramaydi, ularni biratoʻla almashtirmasdan, nav-bat bilan almashtirish kerak.

Chala tugʻilgan bolalar qizib ketishga chidash bermaydi. Ular qizib ketganda bezovtalanadi, harorati koʻtariladi, badani qizaradi, terlab ketadi. Bunday hollarda isitgich (yoki kuvez) haroratini pasaytirish kerak. Vazni kam bolalarni paxtaga oʻrab qoʻyish mum-kin.

Chala tugʻilgan bolalar infeksiyadan ehtiyot qilinadi, shu maq-sadda maxsus palatalar ajratiladi. Maxsus palata ajratishning iloji boʻlmagan kichkina muassasalarda chala tugʻilgan bolani chaqaloq-larning umumiy palatasiga yotqizib, oynavon devor bilan ajratib qoʻyishga toʻgʻri keladi. Chala tugʻilgan bolalarni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi.

Chala tugʻilgan bolani ayolning koʻkrak suti bilan, yaxshisi onasi-ning suti bilan boqish nihoyatda muhimdir. Chala tugʻilgan bolalarni



102-rasm. Chala tugʻilgan va alohida parvarishga muhtoj boʻlgan chaqaloqlar-ni yoʻrgaklash uchun maxsus isitiladigan shkaf.



103-rasm. Sutni zond orqali berish.

boqish usuli ularning nechogʻli chalaligiga, umumiy ahvoriga, sut soʻrish va yutish qobiliyatiga bogʻliq. Chala tugʻilgan bolani tugʻruqdan 2 soat keyin birinchi marta emizgan maʼqul. Ularni bir sutkada necha marta emish kerakligi bolaning xususiyatlariga bogʻliq. A.F.Tur vazni 2000–2500 g keladigan bolalarni sutkasiga 7–8 marta, 1500–2000 g vaznli bolalarni 8–10 marta, 1000–1500 g vaznli bolalarni 10–14 marta emizishni tavsiya etadi.

Chala tugʻilgan bola tuzukkina emsa, umuman qabul qilingan qoidalar asosida emizaverish kerak. Bola sutni yaxshi soʻrmasa, tez charchab qolsa, bir gal emizgandan keyin ikkinchi gal sutni shishadan rezina soʻrgʻich orqali ichirish mumkin. Dastlab sutkasiga 1–2 marta emchak solinadi; bola oʻzini tutib olgach, bot-bot emiziladi, bora-bora u soʻrgʻichdan butunlay voz kechadi emchak olmasa yoki soʻrgʻich orqali soʻrolmasa, sutni sogʻib, iliq holida oz-oz qoshiqda ichiriladi. Kichkina choy qoshiqdan foydalaniladi; uchi choʻziq qoshiqcha hammadan qulay. Bolaga sut berishdan oldin va keyin kisloroddan nafas oldiriladi. Nimjon bolalarga sutni pipetkada ichirish mumkin. Pipetkadagi sut bolaning yuqori labiga burun kataklari yaqinidan tomiziladi. Sut burun-halqum orqali oqib tushib, qiziloʻngachga oʻtadi.

Sut soʻrish va yutishga ojiz boʻlgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi. Buning uchun 13–15-raqamli yumshoq kateterdan foydalaniladi, kateter shisha naycha orqali voronkaga ulanadi. Zond bolaning qiziloʻngachiga ogʻzidan avaylab kiritiladi. Zond kiritishdan oldin uchiga steril vazelin moyi surtiladi. Bolaning meʼdasiga havo kirib qolmasligi uchun sut zondan uzluksiz kirib turishi kerak.

Chala tugʻilgan bolaning tana haroratiga, vazniga, terisiga, sezgi aʼzolariga, ichining yurishib turishiga, umumiy ahvoriga va xulq-atvoriga eʼtibor bilan qarab turiladi. Chala tugʻilgan bolalar tugʻruq kompleksida kamida ikki hafta parvarish qilinadi, anchagina chala boʻlsa, tugʻruq kompleksida uzoqroq saqlanadi.

Onasi uyiga joʻnatilayotganda chala bolani parvarish qilish va boqish toʻgʻrisida mukammal yoʻl-yoʻriqlar beriladi, chala tugʻilgan

bolaning uyiga jo'natilayotganligi bolalar poliklinikasiga oldindan ma'lum qilinadi.

HOMILA VA CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI

(ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi - AB (0) bo'yicha izoserologik mos kelmasligi)

Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligining rivojlanishi ona qornida boshlanib, ona va homila qonining rezus-faktor bo'yicha (onasi rezus-manfiy, bolasi rezus-musbat), yoki AB (0) qon guruhi bo'yicha mos kelmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Rezus-konflikt holatlarida ona organizmida rezus-antitelalar ishlab chiqarilib, ular platsentar to'siq orqali homila qoniga o'tadi va eritrotsitlar gemoliziga sababchi bo'ladi. Eritrotsitlar gemolizining intensivligi ona qonidagi rezus-antitelalar titri konsentrasiyasiga bog'liq bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi ko'pincha ikkinchi va, asosan, uchinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi. Birinchi homiladorlikda bola sog'lom tug'iladi, chunki ona organizmida homilaning rezus-musbat qoni hisobiga anti rezus antitelalar ishlab chiqilmagan, ona organizmi sensebilizatsiyalanmagan bo'ladi. Ikkinchi homiladorlikda anemiyaning yengil darajasi bilan, uchinchi homiladorlikda esa kasallikning aniq belgilari bilan tug'iladi. Agar ayol organizmi homilador bo'lgunga qadar rezus-musbat qon quyilishlar oqibatida sensibilizatsiyalangan bo'lsa, birinchi homiladorlik bola tushishi, o'lik homila tug'ilishi yoki og'ir darajali gemolitik kasallik belgilari rivojlangan holda bolaning tug'ilishi bilan tugashi mumkin. Qon guruhining AB (0) tizimi bo'yicha mos kelmaslik holatlarida gemolitik kasallikning yengil klinik ko'rinishi kuzatiladi va, asosan, birinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi uch xil klinik ko'rinishda namoyon bo'ladi – anemiya, gemolitik sariqlik va shish shakllarida.

Gemolitik kasallikning anemiya turi kasallikning yengil turi hisoblanadi. Odatda, hayotining birinchi haftasi oxirlarida namoyon bo'ladi. Eritrotsitlar miqdori 2–3 mln ga tushib ketadi. Jigar va taloq kattalashishi mumkin. Diaqnoz ona va bola qon

guruhlarini aniqlash va rezus-faktorga tekshirish asosida qo'yiladi. Chaqaloqlar gemolitik kasalligining mazkur turida davo choralari yaxshi samara beradi.

Chaqaloqlarda gemolitik sariqligi gemolitik kasallikda eng ko'p uchraydigan sindromdir. Odatda bola muddatiga yetib, terisida sariqlik belgilari bilan tug'iladi yoki sariqlik birinchi va ikkinchi sutkalarda rivojlanib boradi. Terisi sariq-yashil yoki sariq-malla tusga kiradi. Homila oldi suvlari ham sariq rangda bo'lishi mumkin. Jigari va talog'i kattalashgan. Bola shalpaygan, ko'krakni apatik va sust so'radi. Yurak tomirlari bo'g'iq. Siydigi to'q rangda, ahlati o'zgarmagan, anemiya kuzatiladi va kindik qonida bilirubin pigmentining yuqori konsentratsiyasi qayd qilinadi (3–10 mg % va undan ham baland, normada 1,5 mg % gacha).

Qonda bilirubin miqdorining keyingi keskin ko'tarilishi bolaning markaziy asab tizimi uchun zaharli bo'lib, bolada yadroli sariqlikning klinik belgilarini namoyon qiladi – mushaklarning tortishishi, rigidligi va opistotonusi, ko'z harakati buzilishlari, “quyosh botishi” simptomi paydo bo'lishi mumkin. Sariqlikning klinik davomiyligi uch haftagachaga va undan ko'p bo'lishi mumkin. Og'ir turlarida, ayniqsa, yadroli sariqlikda birinchi haftada o'lim holati kuzatiladi. Tirik qolgan bolalarda psixik va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish kabi jiddiy asoratlar kuzatiladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining shish turi – kasallikning eng og'ir darajasi bo'lib, bunda ko'pincha chaqaloqlar maserasiya belgilari bilan tug'iladi va dastlabki soatlarda o'ladi. Tug'ilgan chaqaloqning tashqi ko'rinishida o'ziga xos belgilar – terisi va shilliq qavvatlari keskin oqargan, ter osti kletchatkasining tarqalgan shishi, plevra va qorin bo'shliqlarida suyuqlik yig'ilishi, og'ir anemiya (eritrotsitlar miqdori 1–1,5 mln, gemoglobinlar miqdori 20–30 gacha tushishi) kuzatiladi.

Diagnostikasi: kasallik akusherlik-ginekologik, hayot anamezi, homilador ayol qonidan rezus-faktor va antirezus antitela titrini aniqlab (xotin-qizlar maslahatxonalarida) yangi tug'ilgan chaqaloqning kindik venasidan bilirubin miqdorini, gemogloblin va rezus faktorini aniqlash uchun qon olib, laboratoriya tahlili o'tkaziladi va uning natijasi hamda klinik belgilariga asoslanib diaqnoz qo'yiladi.

Davolash. Gemolitik kasallikning og'ir turlarida rezus-manfiy qonni almashlab quyish zarur bo'ladi. Bunda 1 kg bola vazniga

150 ml hisobida qon qo'yiladi (maksimum 1 kg vazniga 160–170 ml). Tibbiy ko'rsatmalardan kelib chiqib, qon quyish muolajasini takrorlash mumkin. Glyukoza ning 10 va 20 % eritmasini vena ichiga tomchilab yuborish, plazma qo'yish (1 kg vaznga 10 ml) tavsiya qilinadi. Shuningdek, V guruh vitaminlari, gormonal preparatlar (3 ml kortizon mushak orasiga kuniga 2 mahal 5–7 kun davomida) qo'llaniladi. Asab tizimining zararlanish holatlarida glyutamin kislotasi va V vitaminlar tavsiya qilinadi.

Anemiya turida – kam-kam va tez-tez rezus-manfiy bir guruhli qon (30–50 ml dan) qo'yiladi. Ona sutida rezus-antitelalar bo'lganligi sababli ikki hafta davomida chaqaloq ko'krakka berilmaydi, donor suti bilan ovqatlantiriladi.

Profilaktikasi. Barcha homilador ayollar qoni rezus-faktor bo'yicha tekshiriladi. Rezus-manfiy qonli ayollarda rezus-faktorga antitelalar mavjudligi aniqlanadi. Homiladorlikning oxirgi haftalarida antitelalar titri konsentratsiyasining sezilarli oshishi tug'ruqni tezlashtirish, ya'ni homiladorlikning 36–37 haftalarida tug'ruq kuchlarini stimulyatsiya qilib tug'dirib olishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

CHAQALOQLARNI EMLASH

Tugruq majmualarida chaqaloqlar tug'lgandan keyin birinchi sutkada virusli gepatitga qarshi, 2–5 sutkada sil kasalligiga qarshi (BCJ) emlanadi. Emlash jadvali asosida keyingi emlash muolajalari oilaviy (bolalar) poliklinikalarda amalga oshiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil qilishga qo'yilgan talablar.
2. Chaqaloqlarni parvarish qilishning zamonaviy usullarining amaldagi usullardan farqi.
3. Ko'krak suti bilan emizishning afzalliklari nimadan iborat?
4. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning o'ziga xos xususiyatlari qanday ifodalanadi?

XV BOB. HOMILA CHANOQ‘INING OLDINDA YOTISHI (praesentatio pelvia)

Umumiy tug‘ruqning 3,5% homila chanoq‘i bilan keladi. Chanoq oldinda yotganda tug‘ruq ko‘pgina hollarda normal o‘tadi. Ba‘zi hollarda esa chanoq oldinda yotishida perinatal o‘lim homila boshining oldinda yotishiga nisbatan 3–5 marta ko‘p uchraydi.

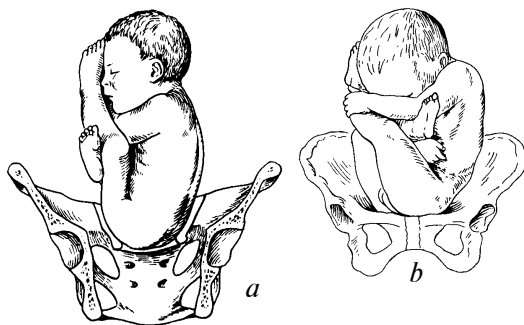
Shunga ko‘ra homilaning chanoq bilan kelishi patologiya bilan fiziologiya holatlari chegarasidir.

CHANOQ OLDINDA YOTISHINING TASNIFI

Chanoqning oldinda yotishi ikki turga ajratiladi: 1) dumbaning oldinda yotishi (bukilgan holda); 2) oyoqning oldinda yotishi (yozilgan holda).

Dumbaning oldinda yotishi quyidagilarga bo‘linadi: a) faqat dumbaning oldinda yotishi; b) dumbaning aralash oldinda yotishi.

Faqat dumba oldinda yotganda chanoq og‘ziga dumbalar tushadi, oyoqlar tana bo‘ylab cho‘zilgan (chanoq, son bo‘g‘imlari bukilgan, tizza bo‘g‘imlari yozilgan) bo‘ladi (104-rasm).



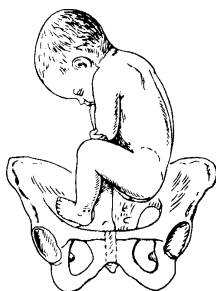
104-rasm. Faqat dumbaning oldinda yotishi:
a—birinchi vaziyat, oldingi turi; *b*—birinchi vaziyat, orqa turi.

Dumba aralash oldinda yotganda homila dumbasi chanoq son va tizza bo‘g‘imlaridan bukilgan oyoqlari bilan birga chanoq bo‘shlig‘iga qarab turadi.

Oyoqning oldinda yotishi: a) **to‘liq** — ikkala oyoqning oldinda yotishi va b) **chala** — bitta oyoqning oldinda yotishiga bo‘linadi.

**105-rasm.**

Dumba bilan oyoqlarning oldinda yotishi, ikkinchi vaziyat, oldingi turi.

**106-rasm.**

Ikkala oyoqning oldinda yotishi, birinchi vaziyat, oldingi turi.

Dumbaning oldinda yotishi oyoqning oldinda yotishiga qaraganda ikki barobar ko'proq uchraydi. Oyoqning oldinda chala yotishi ko'proq kuzatiladi.

Chanoq oldinda yotishining sabablari:

1. Barvaqt tug'ruqda.
2. Ko'p marta tug'ib bachadon tonusi susaygan ayollarda.
3. Egiz homiladorlikda.
4. Platsentaning oldinda yotishida.
5. Bachadonning pastki segmentida miomatoz tugunlar borligida.
6. Bachadonning noto'g'ri rivojlanishida.
7. Qog'onoq suvining kam yoki ko'pligida.

CHANOQ OLDINDA YOTISHINING DIAGNOSTIKASI

Chanoqning oldinda yotishini, asosan, tashqi va qin orqali tekshirish usullari yordamida aniqlanadi.

Chanoq kirish tekisligi ustida yoki chanoq og'zida yirik, noto'g'ri yumaloq shakldagi, kamharakat yumshoq konsistensiyali qism oldin yotganligi tashqi tekshirishda paypaslab bilinadi. Bachadon tubida yumaloq, zich, liqillab turgan bosh topiladi, u o'rta chiziqdan ko'pincha o'ngga yoki chapga og'adi. Chanoq oldinda yotganda homilaning yurak urishi kindik yuqorisida, ba'zan kindikning o'ng yoki chap tomonida (pozitsiyaga qarab) ravshanroq eshitiladi.

Chanoq oldinda yotganda bachadon tubi balandroqda joylashadi.

Homilaning bosh qismini chanoq tomonidan ajratish tashqi tekshirishda hamisha oson bo'lavermaydi. Bunday hollarda chanoqning oldinda yotganligi qin orqali tekshirib aniqlanadi.

Tug'ruq vaqtida **qin orqali tekshirish** oldinda yotgan qismning xarakteri haqida (ayniqsa homila pufagi yirtilgach va bachadon bo'yni yetarlicha ochilgach) ravshan ma'lumotlar olish imkonini beradi.

Dumba oldinda yotganda yumshoqroq hajmli qism paypaslab topiladi, unda quymich do'mboqlari, dumg'aza, dum suyagi, orqa chiqaruv teshigi, homilaning jinsiy a'zolari ajratiladi. Faqat dumba oldinda yotganda oyoqdan keyin chov bukimini paypaslab topish mumkin. Dumba oldinda aralash yotganda uning yonida turgan oyoq panjasi ko'pincha paypaslab bilinadi.

Dumg'azani paypaslab topish pozitsiya va turni oydinlashtirishga yordam beradi (dumg'aza qayoqqa qaragan bo'lsa, homilaning orqasi ham o'sha tomonda bo'ladi).

Tug'ruq o'smasi katta bo'lsa, tajribasi kam akusher oldinda yotgan dumbani yuz deb o'ylab yanglishishi mumkin. Diagnostika aniqlash uchun dum suyagi bilan dumg'azani, chov bukimini, oyoq panjasini paypaslab topish kerak. Jinsiy a'zolar va orqa chiqaruv teshigiga shikast yetkazmaslik uchun shu sohani juda avaylab paypaslash kerak.

Oyoqning oldinda yotganligi qin orqali tekshirishda, odatda osongina bilinadi. Homila ko'ndalang yotganda qo'li chiqib qoladi, oyoqni shunda qo'l deb o'ylab yanglishmaslik uchun quyidagi muhim belgilarni esda tutmoq kerak. Oyoqda tovon suyagi bor, oyoq barmoqlari tekis, kalta, bosh barmoq keyinda qolmaydi va uncha harakatchan bo'lmaydi. Qo'lning bosh barmog'i kaftga bema'lol taqaladi, oyoq bosh barmog'ini esa oyoq kaftiga taqab bo'lmaydi. Tizza harakatchan yumaloq qopqog'i borligi bilan tirsakdan farq qiladi. Tizza qopqog'ining turgan joyiga qarab homila pozitsiyasini aniqlash mumkin. Tizza qopqog'i birinchi pozitsiyada chapga, ikkinchi pozitsiyada o'ngga qaragan bo'ladi.

Qo'shimcha tekshirish usullaridan amnioskopiya, homila EKG si, ultratovush yordamida skanirlab tekshirish homilaning qanday holatda yotganligini aniqlashda yordam beradi.

CHANOQ OLDINDA YOTGANDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECHISHI

Bosh oldinda yotganda homiladorlik qanday o'tsa, chanoq oldinda yotganda ham xuddi o'shanday o'tadi. Sog'lom homilador

ayollar uchun odatdagi gigiyenik rejim va parhez bunday homiladorlarga ham tavsiya etiladi.

Chanoq oldinda yotganda tugʻruq koʻpincha ogʻirlashadi, shuni nazarda tutib, baʼzi akusherlar chanogʻi oldinda yotgan homilani tashqi amallar yordamida boshiga burishni taklif etishgan. B.A.Arxangelskiy va M.B.Trubkovich chanogʻi oldinda yotgan homilani profilaktika maqsadida boshiga burish (tashqi burish) usulini, shuningdek unga tegishli koʻrsatma va moneliklarni ishlab chiqishgan. Mualliflar homilani burish natijasida oʻlik tugʻish kamayadi deb hisoblashadi va homiladorlikning 35—36-haftasida homilani boshiga burishni tavsiya etishadi. Homilani burish unga salbiy oqibatlar keltirib chiqarishi mumkinligini eslatib oʻtish lozim. Shuning uchun koʻpchilik akusherlar homilani burishdan voz kechishadi va ayolni homila chanogʻi oldinda yotganicha tugʻdirish toʻgʻriroq deb bilishadi.

Chanoq oldinda yotganda **tugʻruq** normal oʻtishi va eson-omon tugashi mumkin. Ammo koʻpincha tugʻruq ogʻirlashib, homila va baʼzan ona hayoti tahlikada qolishi ehtimoldan xoli emas.

Bachadon boʻyni ochiladigan davr normal oʻtishi mumkin, lekin bu davr koʻpincha ogʻirlashadi. Qogʻonoq suvlarining **ilk** yoki **barvaqt ketishi** tugʻruqning eng koʻp uchraydigan asoratidir. Oyoq oldinda yotganda qogʻonoq suvi koʻpincha barvaqt ketadi. Homilaning chanoq tomoni boshidan kichikroq boʻlib, ona chanogʻiga kirganda tugʻruq kanaliga zich yopishib turmaydi. Tegish belbogʻi vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmagan boʻladi. Har gal dard tutganda qogʻonoq suvlari bachadonning pastki boʻlimiga intilib, homila pufagini toʻldirib yuboradi, pardalar katta tazyiqqa chidash bermay, barvaqt yirtiladi. Suv ketgan paytda homilaning kindigi chiqib qolishi mumkin; chanoq oldinda yotganda kindikning chiqib qolishi boshning oldinda yotishiga qaraganda 5 baravar koʻproq uchraydi. Chanoq oldinda yotganda kindikning chiqib qolishi boshning oldinda yotganiga nisbatan homilaga kamroq xavf tugʻdiradi. Lekin chanoq oldinda yotganda ham, chiqib qolgan kindik qovuzlogʻi qisilishi, homilani asfiksiya boʻlishi va oʻlishiga sabab boʻlishi mumkin.

Chanoq oldinda yotganda koʻpincha tugʻruq kuchlari susayadi, ayniqsa qogʻonoq suvlari ilk va barvaqt ketganda, ayni vaqtda bachadon teshigi sekin ochiladi, homila dumbalari chanoq kirish tekisligining ustida anchagina uzoq turib qoladi.

Chanoq oldinda yotganda homilaning eng yirik qismi — boshi birinchi bo‘lib emas, keyin chiqadi, shu sababli tug‘ruqning o‘ziga xos xususiyatlari bo‘ladi.

Homilaning birinchi bo‘lib keladigan chanoq tomoni kichik hajmli bo‘lgani uchun tug‘ruq yo‘llarini yelka kamari va bosh bemalol o‘tadigan darajada kengaytira olmaydi. Shu sababli yelka kamari chanoqqa kirganda qo‘llar qayrilib, keyinda kelayotgan bosh ushlanib qolishi mumkin. Tananing yuqori qismi va bosh chanoqdan o‘tayo‘tganda kindik qisilib qoladi, tananing yuqori qismi va boshning chiqishi 3–5 daqiqadan ortiq cho‘zilsa, homila asfiksiyasi ro‘y beradi. Oyoqlar oldinda yotganda tug‘ruq yo‘llarini yaxshi kengaytira olmagan uchun tug‘ruqning yuqorida aytilgan asoratlari yanada ko‘proq uchraydi. Shuningdek bosh konfiguratsiyasiga uchramasdan uning kesib chiquvchi o‘lchami kattaligicha qoladi va tug‘ilish qiyinlashadi.

CHANOQ OLDINDA YOTGANDA TUG‘RUQ MEXANIZMI

Chanoq oldinda yotganda homilaning tug‘ruq yo‘llaridan o‘tishida ketma-ket bajaradigan bir qancha harakatlar yig‘indisi tug‘ruq mexanizmi deb ataladi. Chanoq oldinda yotganda tug‘ruq mexanizmi besh lahzadan iborat:

1. Dumbalarning chanoqqa suqilib kirishi.
2. Dumbalarning ichki burilishi.
3. Dumbalarning yorib chiqishi.
4. Homila yelkalarining tug‘ilishi.
5. Homila boshining tug‘ilishi.

1. Dumbalarning chanoqqa kirishi. Homila dumbalarni o‘zining ko‘ndalang o‘lchami (*linea intratrochanterica*) bilan chanoqning qiyshiq o‘lchamining biriga mos keladi (107-rasm) va shu o‘lchamda chanoq bo‘shlig‘iga tushadi, bu paytda oldindagi dumba orqadagi dumbaga nisbatan pastroqda joylashadi, **u o‘tkazuvchi nuqta** hisoblanadi va unda tug‘ruq o‘smasi hosil bo‘ladi.

2. Dumbalarning ichki burilishi. Homila dumbasining ko‘ndalang o‘lchami chanoq tubida chanoq chiqish tekisligining to‘g‘ri o‘lchamiga o‘tadi.

3. Dumbalarning yorib chiqishi.

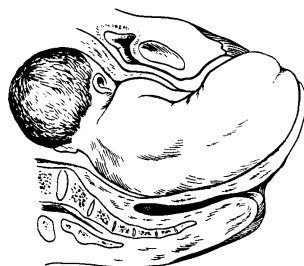
Oldingi dumba birinchi bo‘lib yorib chiqadi. Homilaning yonbosh suyak sohasi qov ravog‘iga taqalib, fiksatsiya nuqtasini hosil qiladi va homila tanasi fiksatsiya nuqtasining tevaragida yoniga qattiq bukiladi,

shu payt homilaning orqa dumbasi ham chiqadi (108-rasm). Dumbaning aralash oldinda yotishida oyoqlar dumba bilan birga chiqadi. Shundan so'ng tanasi yoziladi va bir necha to'lg'oqdan so'ng kindigacha, keyin yelka kuraklarining pastki burchagigacha chiqadi, ayni paytda homila tanasi orqasi oldinga qaraydigan bo'lib picha buriladi.



107-rasm.

Dumbaning kichik chanoq kirish tekisligiga suqilib kirishi (tug'ruq mexanizmining birinchi lahzasi).

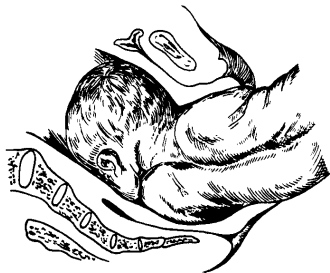


108-rasm.

Tananing yonga bukilishi. Dumbalarning yorib chiqishi (tug'ruq mexanizmining uchinchi lahzasi).

4. Homila yelkalarining tug'ilishi. Homila yelkaları ko'ndalang o'lchami bilan chanoqning qiyshiq o'lchamiga kiradi. Chanoqning chiqish teshigida yelkalar to'g'ri o'lchamga o'tadi (109-rasm). Oldingi yelka simfiz ostiga tiraladi, orqa yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi. Ko'krak qafasida chalkashgan qo'llar o'zicha chiqadi yoki qo'l amali bilan chiqariladi.

5. Homila boshining tug'ilishi. Homila boshi bukilgan holda chanoqning qiyshiq o'lchamiga kiradi, chanoq bo'shlig'ida ensasi oldinga, yuzi orqaga qaraydigan bo'lib buriladi. Bosh ensa osti chuqurchasi sohasi bilan qov ravog'iga tiraladi (fiksatsiya nuqtasi) va yorib chiqa boshlaydi (110-rasm).



109-rasm.

Homila yelkalarining tug'ilishi (tug'ruq mexanizmining to'rtinchi lahzasi).



110-rasm.

Homila boshining tug'ilishi (tug'ruq mexanizmining beshinchi lahzasi).

Shunday qilib, chanoq oldinda yotganda bosh kichik qiyshiq o'lchamiga mos keladigan aylanasi bilan yorib chiqadi.

Chanoq oldinda yotishi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkinligini ko'zda tutib, tug'ruqni vrach akusher – ginekolog olib borishi lozim.

CHANOQ OLDINDA YOTGANDA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Tug'ruqni olib borish rejasini tuzish va ayolni tug'ruqqa tayyorlash maqsadida ular muddatidan 7–10 kun oldin tug'ruq kompleksiga yotqiziladi. Tug'ruq muddatiga 5–7 kun qolganda gormon – vitamin – glukoza – kalsiyli fon (VGKF) o'tkaziladi. Qog'onoq suvlari barvaqt ketganda VGKF darhol tiklanadi, har 4 soatda spazmolitiklar yuboriladi.

Tug'ruq quyidagi qoidalarga muvofiq o'tkaziladi:

a) ona bilan homilaning ahvoli va tug'ruqning o'tishi sinchiklab kuzatib turiladi;

b) qat'iyat bilan kutish pozitsiyasiga amal qilinadi;

d) tug'ruq og'irlashganda o'z vaqtida yordam beriladi. Qog'onoq suvlari ketishi bilanoq qin orqali tekshirish o'tkaziladi.

Tug'ruqni ikkinchi davrida homila holatini kuzatish kuchaytiriladi: **har bir to'lg'oqdan keyin homilaning yurak urishini eshitib va sanab turish kerak.** Homila asfiksiyasining oldini olish uchun kisloroddan nafas oldiriladi, venaga glukoza, askorbin kislota, muskul orasiga karazol yuboriladi.

Bachadon bo'yni spazmini oldini olish uchun tug'uvchi ayol teri ostiga 1 ml atropin sulfat va 1% li papaverin eritmasidan 1 ml yuborish tavsiya etiladi.

Chanoq oldinda yotganda tug'ruq 4 bosqichga bo'linadi:

1. Homilaning kindigigacha tug'ilishi.
2. Kuraklarning pastki burchaklarigacha tug'ilishi.
3. Qo'llarining tug'ilishi.
4. Boshining tug'ilishi.

Homila kindigigacha tug'ilgach, boshi chanoqqa kiradi va kindikni qisib qo'yadi. Homila bug'ilishi (asfiksiya) ro'y beradi, tug'ruq yaqin bir necha daqiqa ichida tugatilmasa, homila asfiksiyadan nobud bo'ladi. Modomiki shunday ekan, homila kindigigacha chiqmaguncha tug'ruq qat'iyat kutish pozitsiyasida boshqariladi.

Tugʻruq toʻgʻri oʻtganda homila tanasining yuqori qismi bilan boshi tez tugʻiladi va yordamga extiyoj qolmaydi. Homila kindigigacha tugʻilgach tugʻruqqa 3–4 daqiqa ichida qoʻl bilan koʻmaklashishga kirishiladi.

Nazorat uchun savollar

1. Homila chanogʻining oldinda joylashuvi tasnifi, diagnostikasi.
2. Homila chanogʻining oldinda joylashuvida tugʻruq biome-xanizmi.

III QISM. PATOLOGIK AKUSHERLIK

XVI BOB. HOMILADORLIK BILAN BOG‘LIQ KASALLIKLAR

HOMILADORLIK GESTOZLARI. QUSISH SINDROMI

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan bog‘liq bo‘lgan, homiladorlik tugashi bilan o‘tib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik gestozlari deyiladi. Gestozlar homiladorlik vaqtida ro‘y beradi va odatda homiladorlik tamom bo‘lishi bilan o‘tib ketadi. Tug‘ruq (yoki abort)dan keyin gestozlarning barcha belgilari odatda butunlay yo‘qoladi; shu kasalliklarning uzoq davom etuvchi og‘ir shakllaridan keyin ayrim asoratlari kuzatiladi.

Homiladorlik gestozlarining tasnifi. Homiladorlik gestozlarining quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. Homiladorlikning ilk gestozlari: homiladorlarning qusishi, so‘lak oqishi. Ilk gestozlarda, asosan, ovqat hazm qilish tizimida o‘zgarishlar kuzatiladi.

2. Homiladorlikning kech gestozlari: homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya. Kechki gestozlarda qon tomirlarda degenerativ o‘zgarishlar bo‘ladi.

3. Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan turlari: homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalatsiya, xoreya kabilar.

HOMILADORLIKNING ILK GESTOZLARI

HOMILADORLARNING QUSISHI VA TIYILMAYDIGAN QUSISH

Homiladorlarning qusishi (*emesis gravidarum*). Ko‘p ayollar, ayniqsa, birinchi marta bo‘yida bo‘lgan ayollar homiladorlikning dastlabki oylarida ertalab ko‘ngli aynib, qusadi. Ular har kuni qusmaydi; qusish ayolning sog‘lig‘iga ta’sir etmaydi. Bunday qusish gestoz emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi gestozga aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko'ngli ayniydi, aksari ishtahasi pasayadi, o'tkir va sho'r ovqatlarni ko'ngli tusaydi. Ayol qusishiga qaramay ovqatning bir qismi organizmda qoladi va homilador ayol vazni aytarli kamaymaydi. Homilador ayol darmoni quriyotganini, jirtaki, uyquchan, ba'zan esa uyqusiz bo'lib qolganini aytadi. Homilador ayolning umumiy ahvoli qoniqarli, temperaturasi normal bo'lib; pulsi bir qadar tezlashuvi (tomiri bir daqiqada 90 martaga qadar urishi) mumkin. Homiladorlarning qusishi dastlabki 2–3 oyda kuzatiladi, dori-darmon qilish natijasida yoki o'z-o'zidan yo'qolib ketadi.

Homiladorlik qusishlarining uch darajasi tafovut qilinadi:

1 – yengil shakli;

2 – o'rta og'irlikdagi qusish;

3 – tiyilmaydigan qusish – og'ir shakli.

Bularning barchasi yagona rivojlanuvchi patologik jarayonning turli darajalari hisoblanadi va ular birinchi darajada tugallanishi yoki og'irlashuvi mumkin. Qusishning yengil shakli asab tizimida funksional o'zgarishlar (nevroz fazasi) bilan, o'rtacha og'irlikdagi shakli – intoksikatsiya (toksikoz fazasi), og'ir shakli esa – distrofik (distrofiya fazasi) jarayonlar bilan xarakterlanadi.

Homiladorlik qusishning yengil shakli. Qusishning bu shaklida, asosan, asab tizimidagi funksional o'zgarishlar kuzatiladi. Miyaning po'stloq qavati asab faoliyati pasayishi, po'stoq osti markazi qo'zg'aluvchanligining oshishi, vegetativ asab tizimi funksiyasining buzilishi va modda almashinuvining barcha sohalaridagi o'zgarishlar shular jumlasidandir. Kasallikning asosiy simptomi – qusish. Qusish ko'ngil aynish, ishtahaning pasayishi, ba'zan achchiq va sho'r narsalarga ko'ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2–4 martagacha qusish takrorlanadi, ko'pincha ovqat egandan keyin. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi, pulsi 1 daqiqada 90 marta, arterial qon bosimi normal holatda bo'ladi. Qonda va siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan darmonsizlik, uyquchanlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish davolanganda yengil o'tib ketadi, ba'zan o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi. 10–15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

Qusishning o'rta og'irlikdagi shakli. Gestozning bu fazasida asab tizimidagi o'zgarishlar kuchayadi, vegetativ asab tizimida

buzilishlar kuchayadi, uglevodlar va yog'lar almashinuvi buzilib, ketoasidoz holati sodir bo'ladi.

Gestozning bu fazasida ichki sekretiya bezlari faoliyatida katta o'zgarishlar bo'ladi. Klinik manzarasi qusishning tezlashuvi (bir sutkada 10 marotaba va undan ham ko'proq) bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayolning vazni kamayadi, oriqlab ketadi. Tana harorati subfibril ($37,5^{\circ}\text{C}$ gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95–100 marotaba 1 daqiqada, terisi quruq, darmonsizlik va befarqlik bo'lishi mumkin. Siydik ajralishi kamaygan, ko'pincha siydikda aseton topiladi. Tili karashlangan, quruq, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasa-da, eritrotsitlar va gemoglobin pasayishi mumkin.

Bemor shifoxona (tug'ruq kompleksi) sharoitida o'z vaqtida to'g'ri davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi va qaytadan davolash kursini o'tkazishga to'g'ri keladi. Kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiyilmaydigan qusishga o'tishi mumkin.

Homiladorlikning tiyilmaydigan (haddan tashqari) qusishi (*hyperemosis gravidarum*) og'ir kasallik hisoblanadi. Tez-tez qusishga organizmdagi eng muhim funksiyalarning buzilganidan darak beruvchi boshqa simptomlar ham qo'shiladi.

Ayol bir sutkada 20 marta va undan ortiq qusadi; kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning ovqatdan ko'ngli qoladi. Qusish ustiga ko'pincha so'lagi ham oqadi. Ayolning tana vazni kamayadi. Kasallik uzoq davom etganda ayol juda ozib ketadi, teri ostidagi yog' qatlami yo'qoladi. Terisi kuruq va ilvillagan, tilini karash bosgan bo'lib, og'zidan qo'lansa hid keladi.

Tana temperaturasi subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi (tomiri bir daqiqada 100–120 martacha uradi), arterial bosim pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Bemor quvvatdan ketadi, miriqib uxlamaydi, qo'zgalgan yoki beparvo (apatiya) bo'ladi. Kasallik ayniqsa og'ir o'tganda temperatura ko'tarilib, badan sarg'ayadi, puls juda ham tezlashib, aritmiya qayd qilinadi; bemor alahlashi mumkin. Qusishi tiyilmayotgan bemorni o'z vaqtida davolash zarur. Bemor davolanmasa, organizmda og'ir distrofik o'zgarishlar ro'y berib, ayol o'lib qolishi mumkin.

Homiladorlarning qusishini va tiyilmaydigan qusishini davolash. Bemorlar statsionarga yotqizilib, ruhan va jismonan to'liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni kasalxonaga yot-

qizib, hatto davo qilinmaganda ham umumiy ahvoli, ko'pincha yaxshilanib ketadi.

Bemorni yaxshi parvarish qilish, tinch qo'yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o'tib ketishiga va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishiga ayolni toqat bilan ishontirishning ahamiyati katta.

Bemorga oson hazm bo'ladigan yengil ovqatlar (suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog'siz go'sht, baliq, tuxum, sariyog') uning istagiga qarab buyuriladi. Bemor ovqatni yotgan holda, bot-bot, oz-ozdan yeb turadi; ba'zan sovuq ovqat yaxshiroq singadi.

Agar ovqat singmasa, venaga glukoza (40% li eritmasi 30–50 ml) yuboriladi yoki tomchili huqna qilib yuboriladigan fiziologik eritmaga glukoza qo'shiladi. Glukoza bilan fiziologik eritmadan qilinadigan tomchili huqnalar (1 l fiziologik eritmaga 40% li glukoza eritmasidan 100 ml qo'shiladi) keng qo'llaniladi, ular organizmni suvsizlanishdan saqlaydi va oziq moddalarning yetib borishiga yordam beradi. Tomchili huqnalar yo'li bilan kuniga 1,5–2 l fiziologik eritmaga glukoza qo'shib yuboriladi.

Tomchili huqnaga bulon, sut, tuxum, tolqon qo'shsa bo'ladi. Eritma bir daqiqada 60–80 tomchi (soatiga 200–300 ml) tezlik bilan kiritiladi. Ayolning ahvoli hademay yaxshilanadi va uni odatdagicha ovqatlantirish mumkin bo'lib qoladi.

Vitaminlar (avvalo C va B₁) glukozaga qo'shib venaga yuboriladi yoki ichiriladi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, dorilar bilan davolashga to'g'ri keladi. Bromidlar ko'rinishidagi mikrohuqnalar (4% li natriy bromid eritmasidan kuniga bir mahal, 50 ml) muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

HOMILADORLIKNING KECHKI GESTOZLARI. GIPERTENZIV SINDROM

Homiladorlikning kechki gestozlari (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi. Ba'zi olimlar boshqa simptomlari bo'lmagan arterial gipertenziya holatini ham kechki gestoqlar qatoriga kiritadi. Lekin arterial gipertenziya holati ko'pincha homiladorlik paytida qaytalangan xafaqonlik kasali va surunkali nefritning belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Shu nuqtayi nazardan, arterial gipertenziya holatini kechki gestoqlarning bir simptomli shakli, deb baholash qiyin.

Kechki gestozlar akusherlik amaliyotida o'rtacha 1–2,7% homilador ayollarda uchraydi. Uning og'ir shakllaridan bo'lgan va akusherlikda tez va shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiluvchi va akusariyat hollarda (50% gacha) onalar o'limi bilan tugashi mumkin bo'lgan eklampsiya holati hayotda 0,1% gacha uchraydi. Kechki gestozlarda, asosan, qon tomirlar tizimida distrofin o'zgarishlar sodir bo'lib, ularning elastikligi yo'qoladi, sinuvchan bo'lib qoladi.

HOMILADORLAR ISTISQOSI (SHISHI)

Homiladorlikning keyingi oylarida ko'pincha oyoq panjalari va boldirlar picha salqib, kamgina shish bo'lib, dam olganda (oyoqni uzatib yotganda) o'tib ketadi. Bunday holat hali toksikoz emas.

Homiladorlar istisqosi shishi (*hydrops gravidarum*) ayol bachadonida (oyoq-qo'l, qorin sohasi) paydo bo'lgan shishning qaytmasligi bilan ta'riflanadi. Kasallik homiladorlikning ikkinchi yarmida, tug'ruqqa yaqin boshlanadi. Oyoq panjalari va boldirlar avvaliga picha salqib, keyin rosmana shishadi; istisqo yana avj olganda son, tashqi jinsiy organlar shishadi. Kasallik og'ir o'tganda shish tanaga va yuzga tarqaladi.

Organizmدا suyuqlik ushlanib qolishi sababli homilador ayolning vazni tez oshib boradi. Homiladorlik normal o'tganda uning ikkinchi yarmida tana vazni haftasiga 250–300 g dan oshib boradi, istisqoda esa tana vazni haftasiga 500–700 g dan va undan ham ko'proq oshadi. Ba'zan oyoqlar salqigani sababli yashirin shish borligi vaznni ancha oshiradi. Bunday hollarda istisqo homilador ayolni muntazam tortib turish yo'li bilangina aniqlanadi.

Homiladorlar istisqosida to'qimalarda, asosan, teri osti kletchatkasida suyuqlik to'planadi; odatda seroz bo'shliqlar (qorin bo'shlig'i, plevra bo'shlig'i va boshqalar)da suyuqlik to'planmaydi.

Suyuqlik to'planishi suv-tuz almashinuvining buzilganiga va kapillarlar o'tkazuvchanligining ortganiga bog'liq. O'tkazuvchanligi oshgan tomirlardan chiqqan suyuqlik va tuzlar to'qimalarda ushlanib qoladi.

Homiladorlik istisqosi tasnifi:

I darajali shish — shish faqat oyoqda (to'piq, panjalar, boldir va sonda) bo'ladi;

II darajali shish — shish oyoqlarda va qorinning oldingi devorida kuzatiladi;

III darajali shish – shish oyoqlar, qorinning oldingi devori va yuzga tarqalgan bo‘ladi;

IV darajali shish – butun tananing shishi ko‘zga tashlanadi.

Klinikasi. Homiladorlar istisqosida yurak, jigar, buyrak va boshqa organlar o‘zgarmaydi. Arterial bosim normal bo‘ladi, siydikda oqsil paydo bo‘lmaydi. Shish ko‘payganda siydik kam keladi. Homilador ayolning umumiy ahvoli o‘zgarmaydi; shish ko‘paygandagina ayol og‘irlik va charchash sezayotganini aytadi.

Homiladorlar istisqosi uzoq davom etadi, shish goh kamayib, goh ko‘payib turadi. Odatda bemor yotib, tegishlicha parhez qilganda shish tez yo‘qoladi, lekin ayol odatdagicha hayot kechira boshlashi bilan yana shish paydo bo‘lishi mumkin. Shish ba‘zan tug‘ruqqacha o‘z-o‘zidan yo‘qolib ketadi. Aksari homiladorlar tuqqandan keyin istisqo nom-nishonsiz yo‘qoladi.

Homilador ayol to‘g‘ri rejimga amal qilmasa, istisqo toksikozning navbatdagi og‘irroq bosqichiga, ya‘ni homiladorlar nefropatiasiga aylanishi mumkin.

Diagnostikasi. Homiladorlik shishlarini aniqlash uchun qo‘lning barmoqlari bilan boldir suyagi terisi bosib ko‘riladi. Shish bo‘lsa, odatda, bosgan barmoq izlari chuqurcha bo‘lib birmuncha vaqt turib qoladi, shish bo‘lmasa chuqurcha darhol o‘z qaddiga qaytadi.

Ko‘pincha homila yurak tonlarini stetoskop orqali eshitganda ham, stetoskop o‘rnida chuqur iz qoladi, bu homiladorlik shishlarining II darajaga o‘tganligidan dalolat beradi. Yuqorida qayd etilgan homilador ayol vaznining har haftada o‘lchab turilishi va uning odatdagidan ko‘payishi istisqo belgisi hisoblanadi.

Istisqoning yashirin davrini aniqlash homiladorlik shishlari diagnostikasi uchun eng qulay va ishonchli usuldir.

Buning uchun xotin-qizlar maslahatxonalarida “Nikoh uzugi” sinamasi o‘tkazilishi maqsadga muvofiqdir. Ya‘ni maslahatxonaga birinchi bor kelgan homilador ayol barmog‘iga uzuklar tizmasidan kiydirilib ko‘riladi va raqami homiladorlik kartasiga yozib qo‘yiladi. Keyinchalik har safar kelganda shu raqamli uzuk taqib ko‘riladi, agarda uzuk barmoqqa mos kelmasa, yashirin shish borligidan dalolat beradi.

Mak Klyur-Oldrich sinamasi. Homilador ayol bilagining old yuzasi terisi ichiga 0,1 ml distillangan suv yuborilib, pufakcha hosil qilinadi. Odatda ayolda yashirin shish bo‘lmasa hosil bo‘lgan

pufakcha tezda soʻrilib ketadi. Agarda yashirin shish boʻlsa, pufakcha 0,5–1 soatlar ichida asta-sekinlik bilan soʻriladi. Buni *pufakcha sinamasi* ham deyiladi.

Davolash. Homiladorlar istisqosining oldini olish uchun eng yaxshi yoʻl – homiladorlik gigiyenasiga rioya qilish, toʻgʻri ovqatlanish, normal hayot kechirishdir. Istisqoni oʻz vaqtida aniqlamoq uchun homilador ayolni muntazam kuzatib turish zarur; homiladorlarni har haftada tortib turishning ahamiyati katta.

Homiladorlar istisqosining davosi suyuqlik va tuzlarni kamroq isteʼmol qilishdan iborat. Bemorga tuzsiz ovqat buyuriladi, kuniga isteʼmol qilinadigan suyuqlik cheklanib, 3–4 stakanga tushiriladi. Vitaminlarga boy uglevodli ovqatlar koʻproq tavsiya etiladi, goʻsht oʻrniga vaqtincha tvorog, prostokvasha, kefir isteʼmol qilib turiladi. Shish qaytgandan keyin ozroq qaynatilgan goʻsht yeyish ruxsat etiladi. Shish koʻpaysa yoki oz boʻlsa-yu uzoq tursa, homilador ayol statsionarga (kasalxonaga) yotqizilib davolanadi.

Shish koʻp boʻlganda bemorni yotqizib qoʻyib, tuzsiz ovqat buyuriladi va shish qaytguncha suyuqliq ichish qatʼiyan cheklanadi. Shishni kamaytirish maqsadida ammoniy xlorid (poroshogi 0,2–0,3 g dan), gipotiazid va boshqa diuretik dorilar buyuriladi.

HOMILADORLAR NEFROPATIYASI

Homiladorlar nefropatiyasi koʻpincha oʻz vaqtida aniqlanmagan va davolanmagan homiladorlik istisqosining keyingi bosqichi sifatida yuzaga keladi.

Homiladorlar nefropatiyasi (*nephropathia gravidarum*)ga: 1) shish, 2) siydikda oqsil borligi (albuminuriya), 3) arterial bosimning koʻtarilishi (gipertoniya) kabi simptomlar triadasi (uchlik) xos. Buni Sangemeyster triadasi ham deyiladi. Baʼzan nefropatiyada qayd etilgan simptomlarning uchalasi emas, balki ikkitasi (gipertoniya bilan shish, shish bilan albuminuriya, gipertoniya bilan albuminuriya) yaqqol koʻzga tashnalanishi mumkin yoki bir simptomli (monosimptomli) nefropatiya ham boʻlishi mumkin.

Badandagi shishlar ustiga arterial bosimning koʻtarilishi va albuminuriya qoʻshiladi, maksimal arterial bosim simob ustuni hisobi bilan aytganda 130 mm dan ortib, 150–180 mm gacha, ogʻir hollarda esa 200 mm gacha koʻtariladi va bundan ham oshib ketadi. Siydikdagi oqsil miqdori 0,1 g/l dan 5–8 g/l gacha boradi va un-

dan ham oshadi; nefropatiya og‘ir o‘tganda siydikda silindrlar topiladi, sutkalik siydik miqdori kamayadi.

Arterial bosimning ko‘tarilishi nefropatiyaning eng doimiy simptomidir; tomirlar tizimi funksiyalarining asab tizimi tomonidan idora etilishi buzilganidan arterial bosim ko‘tariladi. Eng mayda arteriolalarda va kapillarlarining arterial bo‘limlarida spazm paydo bo‘ladi, kapillarlar devorining o‘tkazuvchanligi oshadi, tomirlardan to‘qimalarga suv, tuzlar va albuminlar (zardob oqsillari) ko‘proq chiqadi. Shu o‘zgarishlar tufayli to‘qimalar kislorodga yolchimaydi, og‘ir nefropatiyada gipoksiya ro‘y berishi ehtimol. Nefropatiyaning og‘ir shakllarida jigar funksiyalari o‘zgarib, suvtuz almashinuvigina emas, balki oqsil va yog‘ almashinuvi ham buzilishi mumkin. Shy munosabat bilan oqsillar va yog‘lar almashinuvining to‘la oksidlanmagan chiqindilari organizmda to‘planadi.

Nefropatiya birinchi marta bo‘yida bo‘lgan ayollarda ko‘proq uchraydi. Odatda homiladorlikning so‘nggi oylarida, tug‘ruqqa yaqin ro‘y beradi. Nefropatiya uzoqqa cho‘zilib, ko‘pincha tug‘ruq-qacha davom etadi.

Nefropatiya eklampsiyaga o‘tishi mumkin, shuning uchun u ayolning sog‘lig‘iga xavf tug‘diradi. Nefropatiyada homilaning rivojlanishi ko‘pincha orqada qoladi, o‘lik tug‘ish ko‘payadi.

Nefropatiyaning tasnifi. Homilador nefropatiyasi badandagi shishlar, qon bosimining oshishi va siydikdagi oqsil miqdoriga qarab uch darajaga bo‘linadi.

I darajasi — shish I–II darajali, A/B 150/90 mm simob ustuni atrofida.

II darajasi — siydikdagi oqsil miqdori 1 g/l gacha. Shish II–III darajali, A/B 170/100 mm simob ustunigacha, siydikdagi oqsil miqdori 3 g/l gacha.

III darajasi — shish III–IV darajali, A/B 170/100 dan baland, kuchli abuminuriya, oqsil miqdori 3 g/l dan ortiq.

Nefropatiyani bundan aniq bo‘linishini barcha olimlar ham tan olishavermaydi. Chunki, bu holdagi aniq chegaralangan simptomlar hozirgi paytda o‘z aksini topmasdan, monosimptomli shakllari ko‘proq uchramoqda. Shuning uchun homiladorlik nefropatiyasini yengil (I daraja) va og‘ir (II va III daraja) shakllarga ajratiladi.

Nefropatiyaning klinikasi. Yuqorida qayd etib o‘tilgan triada (uchlik) simptomlar bilan ifodalanadi. Lekin keyingi yillarda arte-

rial gipertenziya shaklidagi nefropatiya haqida olimlar ko'p fikr yuritmoqdalar. Arterial gipertenziya faqat nefropatiyaning bitta simptomi sifatida emas, alohida gestoz shaklida qaralmoqda. Arterial gipertenziya, asosan, gipertoniya va surunkali buyrak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda uchraydi.

Faqat albuminuriya bilan ifodalanadigan nefropatiya ham uchraydi. Bunda siydik bilan oqsillarning ko'p ajralib chiqishi oqibatida qonda oqsil miqdorining kamayishi – gipoproteinemiya holati yuzaga kelishi mumkin.

Nefropatiyaning oldini olish uchun eng yaxshi yo'l homiladorlik vaqtida to'g'ri rejimga amal qilish, to'g'ri ovqatlanish, kechki gestozni barvaqt aniqlab, homiladorlar istisqosi bosqichida to'g'ri davolash lozim. Nefropatiyani o'z vaqtida aniqlamoq uchun har bir homiladordan muntazam ravishda siydik olib tekshirib, unda oqsil bor-yo'qligi aniqlanadi, arterial bosim o'lchanadi va homilador ayolni tortib, tana vazni o'lchab turiladi.

Davolash. Nefropatiya faqat statsionarda davolanadi. Har bir homilador ayolda nefropatiya belgilari hatto uncha yaqqol ko'rinmaganda ham, uni tug'ruq kompleksining homiladorlik patologiyasi bo'limiga (palatasiga) jo'natish zarur. Bemor yotqizib qo'yiladi, yengil parhez taomlar buyurilib, suv va tuz iste'mol qilish cheklanadi. Nefropatiyaning og'ir shakllarida tuzsiz, asosan, uglevodli ovqatlar (kisel, bo'tqa, muss, pechenye, qand, pyure, ho'lmeva va boshqalar) buyuriladi. Oqsil tariqasida qaynatib pishirilgan go'sht yoki baliq (ozroq miqdorda) beriladi. Badanga ko'p shish to'planib, qon bosimi ancha ko'tarilib ketgan bo'lsa, ba'zi kunlari bemorga hech qanday ovqat yedirilmay, faqat 1–1,5 kg olmaga shakar qo'shib beriladi. Vitaminlar, ayniqsa C, A, B guruhi tavsiya qilinadi. Bemor ahvolini kuzatib borib, arterial bosimini har kuni o'lchab, vazni tortib turiladi, sutkalik siydik miqdori aniqlanadi, siydigi 2–3 kun oralatib tekshiriladi. Bemor issiq tutiladi, palata tez-tez shamollatib turiladi; iliq dushga tushish tavsiya etiladi (bemorning qurbi yetsa, har kuni dushga tushiriladi).

Dori moddalardan magniy sulfat qo'llaniladi (25% li eritmasi bir kunda 4 mahal – har 6 soatda 20 ml dan muskul orasiga yuboriladi). Zarur bo'lsa, magniy sulfat eritmasi bilan davolash 2–3 kundan keyin takrorlanadi. Bu dori arterial bosimni pasaytiradi, siydik kelishini kuchaytiradi (shishni kamaytiradi), asab tizimining qo'zg'aluvchanligini bartaraf qiladi. Venaga glukoza (40% li

eritmasidan 25–30 ml), yaxshisi, unga askorbin kislota qo‘shib yuborib turiladi. Magniy sulfat yuborilmaydigan kunlari kalsiy xlorid ichish buyuriladi (10% li eritmasi 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal). Qon bosimini pasaytirishga aminazin yaxshi kor qiladi. Bu dori ichish, venaga, muskullar orasiga yuborish uchun buyuriladi. Magniy sulfat (20–25% li eritmasidan kuniga 2 mahal) bilan aminazindan (1 ml 2,5% li eritmasini kuniga 1–2 mahal muskullar orasiga) foydalanish tavsiya qilinadi. Aminazinni rezerpin bilan birga (0,1–0,25 mg dan kuniga 2–3 mahal ichish) qo‘shib ishlatilsa ham bo‘ladi. Boshqa dorilar ham qo‘llaniladi (dibazol, pentamin va boshqalar). Badanga shish kelgan bo‘lsa, siydik haydovchi dorilar, uyqu buzilganida esa arslonquyruq va valeriana ildizi damlamasi, kechasi ichib yotish uchun nembutal (0,1 g), noksiron {0,2 g) va boshqalar beriladi. Oqsil almashinuvini yaxshilash maqsadida metionin 1,0 dan bir kunda 2–3 marta beriladi. Gipotenziv preparatlardan dibazol 1%–1,0 teri ostiga, eufillin 0,1–2–3 marta ichishga, agarda A/B juda baland bo‘lsa boshqariladigan gipotoniya usul qo‘llaniladi. Bu maqsadda arfonad, pentamin, geksoniy, benzogeksoniy 0,1%–0,5% eritmalari har daqiqada 50–70 tomchidan tomchilab qon tomirga quyiladi. Agar ahvol yaxshilanmasa tezlik bilan tug‘dirish chorasi ko‘riladi.

PREEKLAMPSIYA

Homiladorlik nefropatiyasi o‘z vaqtida davolanmasa, tegishli davolash muhofaza tartibiga rioya qilinmasa, kechki gestozlarning preeklampsiya bosqichiga o‘tishi xavfi tug‘iladi.

Preeklampsiya – nefropatiya simptomlariga (shish, albuminuriya, arterial qon bosimining ko‘tarilishi) qo‘shimcha boshning qattiq og‘rishi, ko‘rish funksiyasining buzilishi (ko‘z tinishi, ko‘z oldining qorong‘ilashuvi, ko‘z oldida doirachalar paydo bo‘lishi), to‘sh osti (epigastral) sohasida qattiq og‘riq bo‘lishi bilan ifodalanadi.

Bosh og‘rig‘i va ko‘rish funksiyasining buzilishi markaziy asab tizimi (MNS) faoliyatining hamda miyada qon aylanish jarayonining buzilishi miya ichki bosimining oshishi, miyada istisqo (shish) sodir bo‘lishining oqibatidir. Bular natijasida ko‘zning to‘rpardasida o‘zgarishlar (shish, qon quyilish va to‘rparda qon tomirlari to‘qimadan ajralishi) paydo bo‘lishi ko‘rish funksiyasidagi o‘zgarishlarga sabab bo‘ladi. Preeklampsiyada qon

tomirlar, buyraklar, jigar funksiyalari va modda almashinuvining buzilishi nefropatiyaga nisbatan ancha kuchayadi. To'qimalarda kislorod tanqisligi ko'payadi.

Preeklampsiya juda qisqa muddat (bir necha soat, kun) davom etishi va kutilmaganda kechki gestozning eng og'ir shakli eklampsiya holatiga o'tishi mumkin. Bundan tashqari preeklampsiya eklampsiyaga o'tmasidan, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolarga qon quyilishi, platsenta barvaqt ko'chishi, homila uchun xavfli bo'lgan boshqa og'ir asoratlar sodir bo'lishi mumkin. Ko'pincha homila gipoksiyasiga olib keladi va homila tug'ilmasdan yoki tug'ilishi davrida halok bo'lishi mumkin.

Davosi. Bemor organizmidagi patologik jarayonlar mohiyati eklampsiya holati bilan yaqin yoki bir xilda bo'lganligi uchun eklampsiyani davolashdagi tamoyillarga amal qilinadi, ya'ni bemor darhol tug'ruq kompleksiga, qishloq vrachlik punktlarida bo'lsa, kunduz kuni bemorlar yotib davolanadigan xonalardan alohida joy tayyorlab yotqiziladi.

Preeklampsiya belgilari ko'zga tashlanganda darhol homilador ayol uy sharoitida bo'lsa to'shakka, tez yordam mashinasida nosilkaga, tug'ruq kompleksi sharoitida kushetkaga yotqizilib raush efir narkozi berilib uxlatiladi va qon bosimini pasaytiruvchi dori moddalari inyeksiya qilinadi. Homilador ayol narkoz holatida transportirovka qilinib, yaqindagi tug'ruq muassasasiga keltirilib, unga davolash muhofaza rejimi tashkil etiladi. Barcha dori moddalari narkoz ostida parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Preeklampsiyani dori vositalari bilan davolash eklampsiya singari amalga oshiriladi (eklampsiyani davolashga qarang).

EKLAMPSIYA

Eklampsiya xurujida nafas olish mushaklarining spazmi ro'y beradi, bu esa apnoega (nafas tutilishi) olib keladi, nafas olish buziladi, til orqaga ketib nafas yo'llarini berkitishi mumkin, oqibatda gipoksiya va giperkapniya yuzaga keladi. Bu holat barcha bezlar sekretiyasini kuchaytiradi. Shuning natijasida oshqozon va ichak soki, so'lak va bronxlar sekreti ko'p ajrala boshlaydi. Hushidan ketgan bemorning yo'talish refleksi yo'qoladi, so'lak va bronxlardan ajralgan sekret nafas yo'lini yopib qo'yib, atelektaz hosil bo'lishga va gazlar almashinuvining buzilishiga olib keladi.

Giperkapniya nafas olish markazining qo‘zg‘aluvchanligini kamayishiga olib keladi va o‘z navbatida, gazlar almashuvi buzilishini chuqurlashtiradi. Qon tomirlar holati markazining ta’sirlanishi, katta va kichik qon aylanish doirasida qon bosimini ko‘tarilishiga olib keladi. Eklampsiyada yurak faoliyatining buzilishi ko‘pincha o‘pka shishishi bilan birgalikda vujudga kelib, gipoksiya va giperkapniyani chuqurlashtiradi bu esa yurak faoliyati buzilishini kuchaytiradi.

Eklampsiyada 75% kasallarda jigar, buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Eklampsiya — klinik jihatdan juda ko‘p a‘zolar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan sindromdir, shu tufayli bir yoki bir necha marta qaytalanuvchi tutqanoqlar tutishi bilan xarakterlanadi, etiologik jihatdan boshqa patologik holatlarga bog‘liq emas (epilepsiya, miya qon aylanishining buzilishi), homiladorlarda, tug‘uvchi va tuqqan ayollarda uchraydi.

Eklampsiya uchun bir marta yoki qayta-qayta tutqanoq tutilishi tutqanoqdan keyin hushiga kelmaslik eklampsiya komasi, ba‘zan esa tutqanoq tutmasdan hushidan ketish “eklampsiya statusi” ko‘rinishidagi belgilar xarakterlidir. Eklampsiya xuruji quyidagicha ifodalaniadi:

Dastlab tutqanoq tutishidan oldin ko‘pincha bosh og‘rig‘i kuchayadi, ko‘rish funksiyasi buziladi, bezovtalik boshlanadi. Yuz muskullari uchadi, ko‘z qovoqlari yumiladi, ya’ni **mimika muskullarining fibrillar titrashi** kuzatiladi, 30 sekund davom etadi.

Ikkinchi davrda barcha silliq muskullarning tonik titrashi boshlanadi.

Tonik talvasada butun tana muskullari qisqaradi, tana taranglanadi, nafas olish to‘xtaydi. Yuz ko‘karadi, ona va homila uchun juda xavfli davr hisoblanadi, bemorlar tillarini tishlab olish, til nafas yo‘lini yopib qo‘yishi mumkin. 20–30 sekund davom etadi.

Uchinchi davrda biri ketidan ikkinchi barcha tananing, qo‘l-oyoqlarning klonik titrashi, muskullar tortilib qisqaradi, bemor xirillab nafas oladi, lablari orasida qon aralash ko‘pik paydo bo‘ladi, keyinchalik talvasa asta-sekin to‘xtaydi. Bu davr 40 sekunddan 1–1,5 daqiqagacha davom etadi. Muskullar tortishib qisqarib bo‘lgach to‘rtinchi — tutqanoq to‘xtash davriga o‘tadi va bemor bir necha vaqt hatto sutkalab koma holatiga tushadi, sekin-asta o‘ziga keladi, ammo ro‘y bergan voqeani eslay olmaydi.

Qayta tutqanoq tutishini oldini olishda miya ichidagi bosimni tushirishda apparat yordamida o'pkani sun'iy ventilatsiyasi keng qo'llaniladi (gipoksiya va gipoksimiyaning bartaraf etadi), qonning kolloid, osmotik holatini korreksiya qilish, glukokortikoid gormonlar (gidrokortizon 0,05, prednizolon 0,09–0,15 g sutkada) va lyumbal punksiya qilish lozim.

Infuzion terapiya o'tkazishda eklampsiya bo'lgan ayollarda buyrak yetishmovchiligi bo'lishini hisobga olish zarur.

Shuning uchun quyiladigan eritmalar bir sutkada 2–2,5 l dan oshmasligi lozim.

Kolloid eritmalaridan (albumin, protein, plazma, reopoluglikin) quyiladi. Buyrak faoliyatini buzilganligini o'tkir buyrak yetishmovchiligi kelib chiqishini oldini olish maqsadida dekstran 500 ml gacha, gemodez 400 ml quyilishi tavsiya etiladi.

Osmatik diuretiklardan foydalanishda ehtiyot bo'lish lozim. Har bir litr suyuqlik yuborilgach, 0,01–0,02 g furosimid yuborish maqsadga muvofiqdir.

TUTQANOQ TUTISHIDA VA KOMADA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH

1. Bemorni tekis joyga ehtiyotlik bilan yotqizib, jarohatlanishning oldini olish maqsadida boshini yonboshga qaratish, raush efir narkozi berish, qolgan muolajalar barchasini narkoz ostida bajarish.

2. Bemor og'zini og'iz kergich yoki qoshiq yordamida ochib til ushlagich yordamida tilini oldinga tortishi va og'iz bo'shlig'i va nafas yo'lini shilimshiqlardan tozalash.

3. Tutqanoq tugagan zahoti nafas olish tiklansa, kislorod beriladi, uzoq vaqt apnoe holati ro'y bersa o'pkani sun'iy ventilatsiya apparatiga ulanadi.

4. Yurak faoliyati to'xtasa o'pkaga sun'iy nafas berish bilan bir vaqtning o'zida yurakni yopiq massaj qilish va yurak tomir reanimatsiya usullaridan foydalaniladi.

5. Qayta tutqanoq tutishini oldini olish maqsadida vena qon tomiriga sibazon (sinonimi seduksen), diazepam, relanium 0,5% – 2 ml yuboriladi. Bundan tashqari 20 ml 25% magnezium sulfat, kerak bo'lsa 250–300 mg geksenal yuboriladi va intubatsiya qilinadi.

Fenobarbital 20 ml yoki geksenal 1% eritmasi 200–300 mg mushaklar orasiga yoki vena qon tomirga yuboriladi. Magneziiy sulfat boshida 25% eritmasidan 20 ml 100–200 ml reopolyuglikin eritmasida aralashtirilib, 15–20 daqiqa davomida qon bosimini nazorat qilib yuboriladi. Keyinchalik tana vazniga, individual sezgirligiga, bemor ahvolidning og'irligiga, qon bosimi balandligiga qarab bir sutkada bir necha bor yuborilishi mumkin.

Neyroleptoanalgeziya sifatida 0,25% – 3–4 ml droperidol yoki 0,005% – 1–2 ml fentanil ishlatiladi, muskul orasiga yoki vena qon tomirga yuboriladi. Shuningdek, 0,02 g diazepam yuboriladi. Gipotenziv terapiya sifatida ganglioblakatorlarining qisqa muddatda ta'sir etuvchi guruhlaridan (gigroniy, arfonad) foydalanib, keyinchalik 25% 20 ml magneziiy sulfat ishlatiladi. Lozim bo'lganda pentamin 5% – 1–2 ml, benzogeksoniy 2,5% – 0,5 – 1 ml vena ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Gestozlar etiologiyasi.
2. Ilk gestozlar tasnifi, klinikasi, diognostikasi, davolash.
3. Kechki gestozlar texnikasi, diagnostikasi, davolash.
4. Kechki gestozlar (arterial gipertenziya, preeklampsiya va eklapmsiya) holatlarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

XVII BOB. EKSTRAGENTAL KASALLIKLARDA HOMILADORLIK VA TUG‘RUQ

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

Respublika sog‘liqni saqlash tashkilotlarining ma‘lumotlariga ko‘ra, o‘limga olib keluvchi sabablar orasida yurak-qon tomir kasalliklari birinchi o‘rinda turib, ular 1994-yilda umumiy ko‘rsatkichining 46% ni tashkil etgan. Masalan, 1994-yilda tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilgan tug‘ish yoshidagi ayollarning 5,3% da turli yurak-qon tomir xastaliklari aniqlangan, shu davr ichida 1,3% homilador ayollarda tug‘ish jarayonida og‘ir asoratlar aniqlangan.

Homiladorlik va tug‘ruq vaqtida ayol sog‘lom bo‘lsa, organizm o‘z vazifasini uddalaydi, yurak-tomir tizimining kasalliklarida esa ko‘pincha qon aylanishi buziladi va ko‘ngilsiz hodisalar ro‘y beradi. Homiladorlik, tug‘ruq va chilla davri aksari yurak-tomir kasalliklarining o‘tishini yomonlashtiradi. Yurak ikki tavaqali klapanining porogi (mitral kasallik) va bunda mitral stenozining ustun kelishi, yurakning barcha revmatik kasalliklari (endokardit, miokardit), septik endokardit, stenokardiya ko‘proq xavfli. Bu kasalliklar homiladorlik davrida og‘ir o‘tadi: ko‘pincha yurak faoliyatining dekompensatsiyasi ro‘y beradi va qon aylanishi buziladi (halloslash, ko‘karish, shish), shu munosabat bilan homiladorlikni to‘xtatishga to‘g‘ri keladi.

Yurak kasalliklari munosabati bilan tug‘ruq vaqtida ayniqsa, homila tug‘iladigan davrda yurak faoliyati va qon aylanishi osongina buziladi. To‘lg‘oq tutganda asab va muskul tizimiga juda zo‘r kelishi sababli yurak faoliyati buziladi. Homila tug‘ilgach, qorin ichidagi bosim pasayishi tufayli kollaps ro‘y berishi mumkin.

Yurak faoliyati buzilishi oqibatida ayol nobud bo‘lishi uchraydi. Yurakning dekompensatsiyalangan poroklarida homilador ayol chala tug‘ishi, tug‘ruq vaqtida ko‘pincha homila asfiksiyasi ro‘y berishi mumkin. Yurak poroklari 75–90% hollarda revmatizm natijasida orttirilib, 6,5–10% ayollarda esa tug‘ma holda uchraydi.

Homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrining qanday o‘tishi porokning shakliga, yurak faoliyatining yetishmovchiligi, revmatizm jarayonining faolligiga bog‘liqdir.

Orttirilgan poroklar shakliga ko‘ra mitral stenozi, mitral klapanlarning yetishmovchiligi, kombinatsiyalashgan mitral porogi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi va stenozi ko‘proq uchraydi. Revmatizm jarayoni aktiv va noaktiv fazalarga bo‘linib, asosan, homiladorlikning birinchi va uchinchi trimestrida qo‘zg‘alib, homilador ahvoli og‘irlashib qoladi. Bunday holda periferik qonda aktiv revmatizmga xos o‘zgarishlar rivojlanadi.

Yurak poroklari bor ba‘zi ayollarning yurak faoliyati chilla davrida dekompensatsiyaga uchraydi.

Yurak-tomir tizimining kasalliklarini o‘z vaqtida aniqlash uchun homilador ayollar maslahatxonasida tekshiriladi hamda terapevt va akusherning muntazam nazoratida bo‘ladi. Ayol sog‘lig‘i uchun xavfli holatlar bo‘lsa (stenoz, miokardit, dekompensatsiya), homiladorlikning 12 haftalik muddatigacha abort qilinadi. Muddatidan oshib ketgan bo‘lsa, homilani olib tashlash o‘ta xavfli, shuning uchun ayol vaqt-vaqti bilan statsionarda yotqizilib davolanadi. Homilador ayolning ahvoli dori-darmonga qaramay yomonlashaversa, homila olib tashlanadi.

Gipertoniya (xafaqonlik) kasalligi. Gipertoniya kasalligi tug‘ish yoshidagi ayollar orasida keng tarqalgan bo‘lib, davo choralari ko‘rilmagan taqdirda tug‘ish jarayonida turli og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bularga homilaning vaqtdan oldin tug‘ishi, perinatal o‘lim, og‘ir gestoqlar va boshqalar kiradi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, arterial gipertoniya qator hollarda onalar o‘limining asosiy sabablaridan biridir.

Qon bosimining ko‘tarilishi kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblanadi va uning simob ustuni hisobida 140/90 mm va undan yuqori bo‘lishi arterial gipertenziya deb qaralmog‘i lozim.

Qon bosimining o‘ta yuqori bo‘lishi, ko‘z tubidagi og‘ir o‘zgarishlar (retinopatiya, qon quyilishlar), buyrak yetishmovchiligi paydo bo‘lishi kasallikning og‘ir kechayotganligidan darak beradi. Kasallikning bu ko‘rinishiga chalingan ayollar homiladorlikdan doimo saqlanishlari shart. Mabodo bo‘ylarida bo‘lib qolgan taqdirda – uni erta muddatlarda olib tashlash maqsadga muvofiqdir. Bu kasallik xuruji to‘satdan boshlanib, kuchli bosh og‘rig‘i va bosh aylanishi, yurakning tez-tez urishi hamda ko‘krak qafasida sanchiqlar bilan namoyon bo‘ladi. Bemor ayol asabiylashib ta’sirchan bo‘lib qoladi, yuzida qizil dog‘lar paydo bo‘ladi.

Gipertoniya kasalligiga chalingan homiladorlarni davolashda dam olish, mehnat faoliyatini tartibga solish va ovqatda osh tuzini chegaralash alohida ahamiyatga ega.

Gipertenziv dorilarni tavsiya etganda ularning ko'pchiligi teratogen ta'sirga ega ekanligini unutmaslik kerak.

Qon bosimining darajasi va kasallikning kechishi hamda homiladorlikning qaysi davrda ekanligidan kelib chiqib, turli guruhdagi gipertenziv dorilardan foydalaniladi. Jumladan, dibazol, papaverin, no-shpa, eufillin, magniy sulfat eritmalari tomir ichiga yoki mushak orasiga yuboriladi va ular homilaga deyarli salbiy ta'sir etmaydi.

Siydik haydovchi dorilardan (furasemid, etakrin buyrakchasi) dan foydalanish mumkin.

Lekin homilador hayoti xavf ostida bo'lsa, ayolni saqlab qolish uchun barcha zarur bo'lgan tibbiy vositalardan (shu jumladan teratogen ta'sirga ega bo'lganlardan ham) foydalanish mumkin.

Piyelonefrit — homiladorlikning eng jiddiy og'irlashuviga sabab bo'luvchi buyrak oraliq to'qimalari va jomlarining kasalligidir. Piyelonefritni keltirib chiqaruvchi sabablari, asosan, homiladorlik paytida kattalashgan bachadon tanasining siydik yo'llarini qisishi natijasida siydik oqishining susayishi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, chaqiruvchi o'choqlar (angina, surunkali kolit, tishlar kariozi va boshqalar)dan infeksiyaning gematogen yo'llar bilan buyrakka tushishi oqibatida buyrak oralig'i to'qimalari va jomining yallig'lanishiga olib keladi. Piyelonefritda ko'pincha homiladorlik og'ir o'tadi. Piyelonefritni ko'pincha ichak tayoqchasi qo'zg'atadi. Tana harorati ko'tarilib, ayol qaltiraydi, bel sohasida og'riq paydo bo'ladi, ahvoli yomonlashadi. Siydigida leykotsitlar, epiteliy hujayralari va bakteriyalar topiladi. Pasternasskiy simptomi musbat bo'ladi.

Bemorlar davolanganda aksari tuzalib ketadi. Homiladorlikda qovuq ham yallig'lanishi mumkin.

Davolashda homiladorlikning birinchi yarmida penitsillin, oksatsillin, ampioks yoki ampitsillinni 8–10 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Homiladorlikning ikkinchi davridan boshlab, 5 NOK, furadonin, makkajo'xori popugining damlamasi qo'llash tavsiya etiladi.

Glomerulonefrit — buyrak koptokchalarining birlamchi immun yallig'lanishidir. Bu kasallikda ikkala buyrakning ham shikastlanishi ko'riladi. Kasallik homiladorlik va tug'ruqda ko'p asoratlar keltirib chiqaradi. Eklampsiya, ona qornida homilaning o'lishi va va perina-

tal o'limga olib keladi. Ba'zan esa platsentaning barvaqt ko'chishi, homilani chala hamda gipotrofik tug'ilishi kuzatiladi.

Pirovard natijada, bevosita onalar o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishi bo'yicha siydik tahlilida mikrogemoturiya, mikroprotenuriya, silindruriya va yuzda, qovoqlarda shishlar bilan xarakterlanadi.

Surunkali glomerulonefritda bemorlarning yuzi shishgan bo'lib, ularning oyoqlarida, bel sohasida, qornida xamirsimon yumaloq shishlar paydo bo'ladi, qo'l bilan bosilsa uzoq muddat saqlanuvchi chuqurchalar qoladi.

Bemorlarda bir vaqtning o'zida arterial gipertenziya va nefrologik belgilar yig'indisi kuzatilsa, bu surunkali glomerulonefritning aralash shakli bo'lib, kasallik juda og'ir kechadi.

Davosi: gipotiazid, oksadolinlar tavsiya etiladi. Qon plazmasi, albumin, protein venasiga yuboriladi. Gipotenziv dorilardan foydalaniladi. Glomerulonefrit bo'lgan homilador ayol doimo nefrolog, terapevt, akusher ginekolog kuzatuvida bo'lishi shart.

Qandli diabetning klinik manzarasi. Bemorlar tashnalik oshishi, ishtaha kuchayishi, ko'p siyishdan (sutkalik siydik miqdori normadan ancha oshadi), teri qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi, tana massasi kamayadi. Periferik tomirlar turi kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tiralish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi, shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimoli) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari siydikda qand paydo bo'lishi — glukozuriya (normada bunday bo'lmaydi), siydik nisbiy zichligining oshishi, qonda qand miqdorining ko'payishi — giperglikemiya hisoblanadi. Diabet og'ir-yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajasida uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilingandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir

darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yuqotadilar. Ularda diabetik koma paydo bo'lish ehtimoli bor.

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lgani sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha diyetoterapiya (parhez) o'tkaziladi (9-parhez). Parhezni diabetning bosqich darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qimmatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qimmatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi.

Qandli diabetga davo qilishda insulin bilan birga tabletka ko'rinishidagi preparatlar: sulfonilmochevina unumlari (butamid 1 g dan kuniga 2 marta, bukarbon 0,5–1 g dan kuniga 2 marta, mani-nil 5 mg dan kuniga 2 marta) va biguanidlar (adebit 0,1 g dan kuniga 2–3 marta, buforminretard – 0,1 g dan kuniga 2 marta, di-forminretard – 0,85 g dan kuniga 2 marta tayinlanadi) qo'llaniladi. Diabetga qarshi barcha vositalar ovqatlanishdan keyin tayinlanadi. Diabetli bemorlar uchun mehnat va turmush rejimini to'g'ri tashkil qilishning ahamiyati katta (emotsional va ruhiy iztiroblar yo'qligi, parhezga, ovqat yeyish vaqtlariga qattiq amal qilish va boshqalar).

Endemik buqoqning klinik manzarasi. Kasallikning bosh simptomi qalqonsimon bezning kattalashuvi (ba'zan anchagina kattalashuvi) hisoblanib, bu yutishning buzilishiga, nafas olishning qiynlashuviga olib keladi.

Kattalashgan qalqonsimon bez palpatsiya qilinganda zichligi turlicha (ba'zan anchagina qattiq) ekanligi ma'lum bo'ladi.

Ba'zan endemik buqoq qalqonsimon bezning o'zidagi yal-lig'lanish jarayoni bilan asoratlanadi, atrofidagi to'qimalarda xavfli aynish bo'ladi.

Davosi. Endemik buqoq bo'lgan rayonlarda profilaktika maqsadida yod preparatlarini go'daklikdan ichish kerak. Tarkibida yod saqlagan (yodlangan) osh tuzidan (1 kg osh tuziga 25 g kaliy yod) foydalanish maqsadga muvofiq. Endemik buqoq gipotireoz hodisalari bilan qo'shilib kelish yehtimoli borligidan 0,2 g dan tireoidin tayinlanadi.

Jarrohlik davolashga konservativ usullar samara bermaganda va buqoq muhim organlarni mexanik bosib qo'yganda kirishiladi.

Kasallikning oldini olish uchun baliq yog'i, dengiz karami, ko'p yod saqlaydigan mahsulotlarni yeyish kerak.

Anemiya – kamqonlik. Qon yaratilish kasalliklari orasida anemiya yoki kamqonlik eng ko‘p uchraydi. Bu patologik holatda qonda gemoglobin, aksariyat, eritrotsitlar miqdori ham kamaygan bo‘ladi. Anemiyaning eng ko‘p uchraydigan quyidagi turlari farq qilinadi: postgemorrogik anemiya, qon yo‘qotish natijasida paydo bo‘ladi. Temir moddasi yetishmaydigan anemiya, organizimda temir tanqisligi sababli rivojlanadi. Pernitsioz anemiya, antianemik omil (sianokobolamin) yetishmasligiga bog‘liq. Gemolitik anemiya, eritrotsitlar parchalanishidan paydo bo‘ladi. Gipoplastik anemiya, suyak ko‘migi funksiyasi pasayib ketganda rivojlanadi. Homiladorlik davrida va emizikli ayollarda ko‘proq temir yetishmovchiligi anemiyasi kuzatiladi.

Temir tanqisligi anemiyasi. Odam organizimida temir yetishmasligi qator sabablarga: ovqatda temir yetishmasligi, temirning hazm apparatida so‘rilishining buzilishi va boshqalarga bog‘liq. Buning natijasida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanadi. Temir yetishmasligidan bo‘ladigan anemiyalarning quyidagi turlari: kechikkan va erta xloroz (kamqonlik) farq qilinadi. Kechikkan xloroz ayollarda, asosan, 30–45 yoshlarda me‘dada xlorid kislotasi miqdori pasayib ketishidan (xlorid kislotasi temirning normal so‘rilishiga imkon beradi) temirning so‘rilishi buzilishi sababli paydo bo‘ladi. Odatda, bachadondan qon ketishi yoki boshqa qon ketishlar bilan bog‘liq. Anemiya uchun xos bo‘lgan umumiy klinik belgilardan tashqari, kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda ta‘m bilish sezgisi buziladi (bo‘r, loy, kul kabilarni yeyish istagi paydo bo‘ladi) va ishtaha pasayadi. Ko‘zdan kechirganda bemorning o‘zi oriqlamagani holda badan terisining oqarib ketganligi ma‘lum bo‘ladi. Shuningdek, stomatit, til atrofiyasi, me‘da va ichaklarda aniq patologik o‘zgarishlar (me‘da sekretor funksiyasi axiliyaga qadar pasayib ketadi), ingichka ichakning ich ketish bilan o‘tadigan og‘ir funksional buzilishlari kuzatiladi.

Qonni tekshirganda eritrotsitlar soni o‘rtacha kamayganda gemoglobin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrotsitlar yomon bo‘yalgan, ularning diametri kamaygan, leykotsitlar soni norma atrofida. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan, tuxumdonlar gormonlarining suyak ko‘migiga rag‘batlantiruvchi ta‘sirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Kasallik boshlanishi balog‘atga yetish davriga to‘g‘ri keladi. Klinik man-

zarasida ayrim xususiyatlar: badan terisi yashilnamo tusda oqargan, teri deyarli qoraymagan, oz-moz asab-ruhiy beqarorlik paydo bo'ladi. Bu anemiya ham gipoxrom hisoblanadi.

Virusli gepatit – epidemik gepatit homiladorlarda og'irroq o'tadi, homiladorlikning kechishiga ham yomon ta'sir etadi. Homiladorlarda, ayniqsa, tug'uvchilarda yuqumli gepatit juda og'ir kechadi va ular o'rtasida o'lim ko'proq uchraydi.

Jigar faoliyati buzilishining boshlang'ich belgilari ko'rina boshlaganda, xususan intoksikatsiya zo'rayib, bemor bo'shshsa, sariqlik ko'paysa, pulsi tezlashsa, tana harorati normal bo'lganiga qaramay, oyoqlariga shish kelsa, neytrofilli leykotsitoz holatlari kuza-tilsa, qonda bilirubin oshib ketsa, homiladorlikni to'xtatish zarur bo'ladi.

Agar bu kasallikda homiladorlik davom etsa, qog'onoq suvining vaqtdan ilgari ketib qolishi, tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi, chala tug'ish, homilaning ona qornida o'lib qolishi kabi og'ir asoratlar juda ko'p uchraydi. Shuningdek, bunda chilla davrida bachadon sust qisqaradi (subinvolutsiya). Bundan tashqari chilla davrida jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari ko'proq kuzatiladi. Virusli gepatitni A va B turlari mavjud. Virusli gepatit chaqiruvchisi og'iz-najas mexanizmi bilan yuqadigan ichak infeksiyasidir.

Bu kasallik asosan suv, oziq-ovqat yoki kontakt yo'li bilan yuqadi. Kasallikni klinik kechishida, jigar kattalashadi, giperfermentatsiya kuzatiladi.

Virusli gepatit B – og'izdan tashqari parenteral yo'l va jinsiy yo'l orqali odamdan odamga yuqadi. Klinik ko'rinishda, tana harorati ko'tariladi. Ishtaha susayib, badanda qichish belgilari bo'ladi.

Homilador ayollarda yengil kechayotgan virusli gepatitni dorilarsiz davolash mumkin. Bunda jismoniy va ruhiy zo'riqishlarni cheklash rejim va parhez hamda sutkada ko'pi bilan 2 litrgacha suyuqlik ichish tavsiya etiladi.

Infuzion suyuqlikdan gemodez 200 ml, glukoza 1500 ml, kaliy xloridning 4% eritmalaridan 200–250 ml gacha tomchilab yuboriladi. Shuningdek, tomirga 10000–20000 mg kontrikal yuborish tavsiya etiladi.

Manitol, laziks qo'llaniladi. Mabodo homiladorlikni oxiri yoki tug'ruqning I davrida qon ketishi kuzatilsa, laparatomiya kesar-kesish yo'li bilan homila tug'diriladi. Agar qon ketish tug'ruq II davrida kuzatilsa, akusherlik qisqichlari qo'yish kerak bo'ladi.

HOMILA VA CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI (ona va homila qonining rezus-faktor yoki qon guruhi – AB (O) bo'yicha 0izoserologik mos kelmasligi)

Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligining rivojlanishi ona qornida boshlanib, ona va homila qonining rezus-faktor bo'yicha (ona rezusi – manfiy, bola rezusi musbat) yoki AB0 qon guruhi bo'yicha mos kelmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Rezus-konflikt holatlarida ona organizmida rezus-antitelalar ishlab chiqarilib, ular platsentar to'siq orqali homila qoniga o'tadi va eritrotsitlar gemoliziga sababchi bo'ladi. Eritrotsitlar gemolizining intensivligi ona qonidagi rezus-antitelalar titri konsentratsiyasiga bog'liq bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi ko'pincha ikkinchi va asosan, uchinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi. Birinchi homiladorlikda bola sog'lom tug'iladi, chunki ona organizmida homilaning rezus-musbat qoni hisobiga anti-rezus antitelalar ishlab chiqilmagan, ona organizmi sensebilizatsiyalanmagan bo'ladi. Ikkinchi homiladorlikda anemiyaning yengil darajasi bilan, uchinchi homiladorlikda esa kasallikning aniq belgilari bilan tug'iladi. Agar ayol organizmi homilador bo'lgunga qadar rezus-musbat qon quyilishlar oqibatida sensibilizatsiyalangan bo'lsa, birinchi homiladorlik bola tushishi, o'lik homila tug'ilishi yoki og'ir darajali gemolitik kasallik belgilari rivojlangan holda bolaning tug'ilishi bilan tugashi mumkin. Qon guruhining AB0 tizimi bo'yicha mos kelmaslik holatlarida gemolitik kasallikning yengil klinik ko'rinishi kuzatiladi va asosan, birinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi uch xil klinik ko'rinishda – anemiya, gemolitik sariqlik va shish shakllarida bo'ladi.

Gemolitik kasallikning anemiya turi – kasallikning yengil turi hisoblanadi. Odatda, hayotining birinchi haftasi oxirlarida namoyon bo'ladi. Eritrotsitlar miqdori 2–3 mln ga tushib ketadi. Jigar va taloq kattalashishi mumkin. Diagnostika ona va bola qon guruhlarini aniqlash va rezus-faktorga tekshirish asosida qo'yiladi. Chaqaloqlar gemolitik kasalligining mazkur turida davo choralarini yaxshi samara beradi.

Chaqaloqlarda gemolitik sariqlik – gemolitik kasallikda eng ko'p uchraydigan sindromdir. Odatda, bola muddatiga yetib, terisida sariqlik belgilari bilan tug'iladi yoki sariqlik birinchi va ikkinchi

sutkalarda rivojlanib boradi. Terisi sariq-yashil yoki sariq-malla tusga kiradi. Homila oldi suvlari ham sariq rangda bo'lishi mumkin. Jigari va talog'i kattalashgan. Bola shalpaygan, ko'krakni apatik va sust so'radi. Yurak tomirlari bo'g'iq. Siydigi to'q rangda, axlati o'zgar-magan, anemiya kuzatiladi va kindik qonida bilirubin pigmentining yuqori konsentratsiyasi qayd qilinadi (3–10 mg % va undan ham baland, normada 1,5 mg % gacha).

Qonda bilirubin miqdorining keyingi keskin ko'tarilishi bolaning markaziy asab tizimi uchun zaharli bo'lib, bolada yadroli sariqlikning klinik belgilarini namoyon qiladi — mushaklarning tortishishi, rigidligi va opistotonusi, ko'z harakati buzilishlari, “quyosh botishi” simptomi paydo bo'lishi mumkin. Sariqlikning klinik davomiyligi uch haftagachaga va undan ko'p bo'lishi mumkin. Og'ir turlarida, ayniqsa, yadroli sariqlikda birinchi haftada o'lim holati kuzatiladi. Tirik qolgan bolalarda psixik va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish kabi jiddiy asoratlar kuzatiladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining shish turi — kasallikning eng og'ir darajasi bo'lib, bunda ko'pincha chaqaloqlar maseratsiya belgilari bilan tug'iladi va dastlabki soatlarda o'ladi. Tug'ilgan chaqaloqning tashqi ko'rinishida o'ziga xos belgilar — terisi va shilliq qavatlari keskin oqargan, teri osti kletchatkasining tarqalgan shishi, plevra va qorin bo'shliqlarida suyuqlik yig'ilishi, og'ir anemiya (eritrotsitlar miqdori 1–1,5 mln., gemoglobinlar miqdori 20–30 gacha tushishi) kuzatiladi.

Diagnostikasi: kasallik akusherlik-ginekologik, hayot anamnezi, homilador ayol qonidan rezus-faktor va antirezus antitela titrini aniqlab (xotin-qizlar maslahatxonalarida) yangi tug'ilgan chaqaloqning kindik venasidan bilirubin miqdorini, gemoglobin va rezus-faktorini aniqlash uchun qon olib, laboratoriya tahlili o'tkaziladi va uning natijasi hamda klinik belgilariga asoslanib diaqnoz qo'yiladi.

Davolash. Gemolitik kasallikning og'ir turlarida rezus-manfiy qonni almashlab quyish zarur bo'ladi. Bunda 1 kg bola vazniga 150 ml hisobida qon qo'yiladi (maksimum 1 kg vazniga 160–170 ml). Tibbiy ko'rsatmalardan kelib chiqib, qon quyish muolajasini takrorlash mumkin. Glukozaning 10 va 20 % eritmasini vena ichiga tomchilab yuborish, plazma quyish (1 kg vaznga 10 ml) tavsiya qilinadi. Shuningdek, B guruh vitaminlari, gormonal preparatlar (3 ml kortizon mushak orasiga kuniga 2 mahal 5–7 kun davomi-

da) qo'llaniladi. Asab tizimining zararlanish holatlarida glyutamin kislotasi va B vitaminlar tavsiya qilinadi.

Anemiya turida – kam-kam va tez-tez rezus-manfiy bir guruhli qon (30–50 ml dan) quyiladi. Ona sutida rezus-antitelalar bo'lganligi sababli ikki hafta davomida chaqaloq ko'krakka berilmaydi, donor suti bilan ovqatlantiriladi.

Profilaktikasi. Barcha homilador ayollar qoni rezus-faktor bo'yicha tekshiriladi. Rezus-manfiy qonli ayollarda rezus-faktorga antitelalar mavjudligi aniqlanadi. Homiladorlikning oxirgi haftalarida antitelalar titri konsentratsiyasining sezilarli oshishi tug'ruqni tezlashtirish, ya'ni homiladorlikning 36–37 haftalarida tug'ruq kuchlarini stimulatsiya qilib, tug'dirib olishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Nazorat uchun savollar

1. Yurak poroklarida homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
2. Anemiyada homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
3. Gipertoniya kasalligi va homiladorlik.
4. Buyrak kasalliklarida homiladorlik va tug'ruq.
5. Homila va chaqaloqlarning gemolitik kasalligi.

XVIII BOB. BOLA TASHLASH, CHALA TUG‘ISH. MUDDATIDAN O‘TGAN HOMILADORLIK

ABORT (bola tashlash)

Homiladorlikning dastlabki 28 haftasida (akusherlik hisobicha 7 oyda) to‘xtashi **abort** (*abortus*) deb ataladi. Homiladorlikning 29 haftadan 38 haftagacha to‘xtashi **chala tug‘ish** (*partus prematurus*) deb ataladi.

28 haftagacha tug‘ilgan homila yashab ketishi qiyin (juda kam istisnolarni qo‘shmaganda). **Chala tug‘ilgan** bola yaxshilab parvarish qilinsa (masalan, vazni 1000 g – 2500,0 g, bo‘yi 35 sm dan 47 sm gacha) bo‘lganda ham yashab va rivojlanib ketadi.

Dastlabki 14 haftadagi abort **ilk abort** deb, 14 haftadan 28 haftagacha bo‘ladigan abort **kech abort** deb ataladi.

Abort o‘z-o‘zidan va sun‘iy bo‘ladi. **O‘z-o‘zidan** bo‘ladigan abortga (bola tushish) (*abortus spontaneus*) – ayolning ixtiyoridan tashqari ro‘y beradi. Bola tushishi takrorlanib tursa, **odat bo‘lib qolgan** abort deb ataladi.

Homiladorlikni davolash muassasalarida ataylab to‘xtatish **sun‘iy abort** (*abortus artificialis*) deb yuritiladi.

Tibbiyot muassasalaridan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort **kriminal** (jinoiy) **abort** deyiladi.

Ko‘pgina mualliflarning fikricha o‘z-o‘zidan bo‘ladigan abort (bola tushish) 2–8% uchraydi.

N.S.Baksheyev bo‘yicha sun‘iy abort qilish 2,5–4% gacha, homiladorlikning muddatidan oldin to‘xtashi 3,5–4% ga yetadi. Kuzatishlar shuni ko‘rsatadiki, bunday hodisalar shaharda yashovchi ayollar o‘rtasida qishloqda yashovchilarga nisbatan 2–3 marotaba ko‘p uchrar ekan. Ayniqsa, bu 25 yoshgacha bo‘lgan bitta tuqqan yoki birinchi homilasini abort qildirgan ayollarda ko‘proq kuzatiladi.

O‘Z-O‘ZIDAN BO‘LADIGAN ABORT (bola tashlash)

Bola tushushining sabablari har xil: o‘tkir yuqumli kasalliklar (gripp, qorin tifi va boshqalar)ning mikroob toksinlari homilaga o‘tib, uni nobud qiladi yoki bemor ayolning tana harorati ko‘ta-

rilishi natijasida bachadon vaqtidan ilgari qisqaradi. Bu holat bola tushishiga sabab bo'ladi.

Surunkali yuqumli kasalliklar (brutselloz, zaxm, toksoplazmoz, bezgak va boshqalar)da intoksikatsiya sababli yo'ldoshdagi xorion tukchalar tomiri atrofiyalanib, hatto ba'zan yo'q bo'lib ketadi. Natijada, bu ham homilaning vaqtidan ilgari tushishiga sabab bo'ladi.

Qon tizimlarining, chunonchi, ona bilan homila qonining rezus jihatdan bir-biriga mos kelmasligi ham, homilaning o'lik tushishiga sabab bo'ladi (ona qonida rezus-faktor manfiy, homilada esa musbat bo'lsa).

Yurak, buyrakning og'ir kasalliklarida (yurak porogi, nefrit, piyelonefrit qaytalashida, bola tushishiga moyil sharoit vujudga keltirishi mumkin).

Oziq-ovqatlarda vitaminlar (A, B, C, E va boshqalar)ning yetarli bo'lmasligi ham bola tushishiga olib kelishi mumkin.

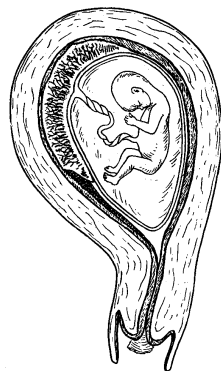
Listerioz, toksoplazmoz, ornitoz kasalliklari ham homiladorlikning barvaqt to'xtashiga sabab bo'ladi.

Ba'zi bir mualliflarning aytishicha, trixomoniaz kasalligi, virusli infeksiyalar ham bola tushishiga sabab bo'lishi mumkin.

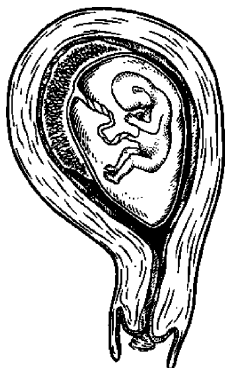
Infantilizm va neyroendokrin tizim faoliyatining buzilishi yoki yetishmovchiligi, ko'pincha birinchi homiladorlikda bola tushishiga va keyinchalik bola tushishi takrorlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

1. Tahdid qiluvchi abortda (*abortus imminens*) homila tuxumi bachadon shilliq pardasiga yopishgan, hali ko'chmagan bo'ladi (111-rasm). Qonli chiqindi kelmaydi. Qorin pastida yoki bel sohasida og'riq seziladi. Qin orqali tekshirganda abort xavfi bo'lsa, bachadon bo'yning shakli o'zgarmagan va ochilmagan bo'ladi. Bachadon biroz taranglashgan bo'ladi. Bunday abort xavfi davolash natijasida yo'qoladi (og'riq to'xtaydi), ya'ni homila tuxumining bachadon devoridan ajralish jarayoni to'xtaydi. Demak, homilani saqlash mumkin bo'ladi.

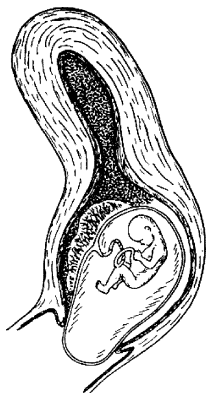
2. Boshlangan abort (*abortus insipiens*) bu xildagi abort beixtiyoriy abortning ikkinchi bosqichi hisoblanadi (112-rasm). Bunda qorin pastida og'rib, qon keladi. Qin orqali tekshirilganda yuqorida aytilgan belgilar bo'lib, faqat bachadon



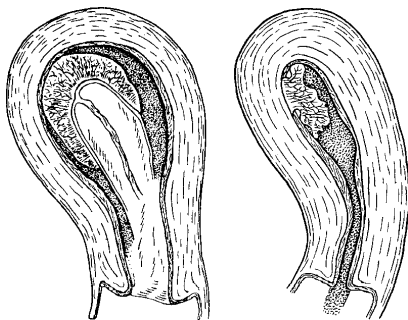
111-rasm.
Tahdid soluvchi abort.



112-rasm.
Boshlangan abort.



113-rasm.
Jadallashgan abort.



114-rasm. Chala abort:
a—hamma pardalari bachadonda
ushlanib qolgan; *b*—homila
tuxumining bachadondagi
qoldiqlari.

bo'ynining tashqi teshigi barmoq uchi sig'adigan darajada ochiq va bachadon ancha taranglashgan bo'ladi.

Boshlanayotgan abortda ham homiladorlikni saqlab qolish mumkin. Agar homila tuxumi bachadondan ko'chishi natijasida nobud bo'lgan bo'lsa, boshlangan abortni to'xtatib bo'lmaydi va bu abortning keyingi bosqichiga o'tib ketadi.

3. Jadallashgan abort (*abortus progrediens*). Bunda homila tuxumi butunlay ko'chadi va bachadon bo'ynining kengaygan kanali orqali bachadon bo'shlig'idan chiqayotgan bo'ladi (113-rasm). Bachadon bo'ynining kanali ochilganligi, unda homila tuxumi borligi, tuxumning pastki qismi qinga kirganligi qin orqali tekshirganda aniqlanadi. Jadallashgan abortda, ayniqsa, ilk abortda qon ko'p ketadi.

Davosi ko'chgan homila tuxumi asbobda olib tashlanadi. Kech abortda homila tuxumining o'zicha tushishini kutish tavsiya etiladi. Ko'p qon ketgandagina homila pufagi yoriladi, homila tug'ilgach yo'ldosh qo'lda yoki asbobda olib tashlanadi.

4. Chala abort (*abortus incompletus*) homila tuxumi butunlay chiqmay, uning bachadon devoridan ko'chmagan qismlari qoladi (114-rasm). Odatda, amnion, xorion, desidual parda va platsenta yoki ularning qismlari bachadonda ushlanib qoladi. Bunday abortda kuchli qon ketishi mumkin, aksari qon laxtalari bachadonda ushlanib qolgan pardalarning zarralari chiqadi. Qin orqali tekshirganda bachadon bo'yni kanali barmoqni o'tkazadi (ichki, tashqi zev ochiq). Bachadon kattaligi, homiladorlik muddatiga mos kelmaydi: bachadon

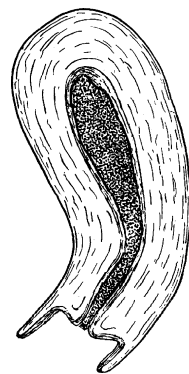
bo'shlig'i qisman bo'shaganligi uchun, bachadon homiladorlik muddatidan kichikroq bo'ladi. Bachadon yumshoqroq tuyuladi.

Chala abortda homila tuxumining qoldiqlarini asbobda olib tashlash tavsiya etiladi. Bachadon bo'shlig'ida homila tuxumining qoldiqlari hayot uchun xavfli darajada qon ketishiga va infeksiya kirishi bilan aloqador kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Shu sababli chala abortda ayolni shoshilinch ravishda vrachga jo'natiladi. Ayolning ahvoli og'ir bo'lsa, o'sha joyning o'zida yordam berish uchun vrach chaqiriladi.

5. To'liq abort (*abortus completus*) homila tuxumi bachadon bo'shlig'idan batamom chiqqanda (homila tuxumi ba'zan yaxlit chiqadi) to'liq abort yoki tugallangan abort deyiladi (115-rasm). To'liq abortda bachadon qisqaradi, bachadon bo'ynining kanali berkiladi, qon oqishi to'xtaydi.

Homiladorlikning dastlabki oylarida to'liq abort, kech oylarga qaraganda kamroq uchraydi. Ilk abortda, bachadondan shikastlanmagan homila tuxumi chiqib ketgan taqdirda ham, desidual parda aksari bachadonda qoladi. Qolgan desidual parda uzoq vaqt qonli chiqindini kelishiga, infeksiya avj olishga sabab bo'ladi (*desidual endometrit*). Shu sababli homiladorlikning ilk oylarida to'liq abortdan keyin desidual pardani olib tashlash uchun bachadonni qirish tavsiya etiladi. Kech to'liq abortda bachadonni qirish zaruriyati tug'ilmaydi.

Homilaning rivojlanishdan qolib bachadonga yopishishi (*misched abortion*). Homilaning ona qornida nobud bo'lganligini, bachadonning o'sishdan to'xtab, so'ngra tobora kichrayganligiga va homiladorlikka xos belgilarning (ko'ngil aynish, qayd qilish va boshqalar) yo'qolganiga qarab aniqlanadi va UTT (ultratovush tashhisi)ga tushirib aniqlanadi. Bundan tashqari sut bezlarini siqqanda, og'iz suti o'rniga sut chiqadi. Tashxisni to'g'ri qo'yish uchun bir marta ko'rib qo'ya qolmay, 2–3 hafta kutish va biologik reaksiyalardan (Ashgeym-Sondek, Galli-Maynini) dan foydalanish lozim. Agar bu reaksiyalar manfiy bo'lsa, bu homilaning nobud bo'lganligidan dalolat beradi. Reaksiya homila nobud bo'lgandan so'ng 7–10 kun o'tgach manfiy bo'ladi.



115-rasm.
To'liq abort.

SEPTIK (ISITMALI) ABORT

Bola tushish uzoq davom etganda mikroblar ko'pincha qindan bachadonga kiradi. Davolash muassasasidan tashqarida, taqiqlan-

gan usullar bilan abort qilishganda bachadonga infeksiya, ayniqsa, ko'p kiradi. Bachadonga kirgan mikroblar abort vaqtida rivojlanish uchun qulay muhit topadi. Homila tuxumining ko'chgan qismlari va qon qulay muhit hisoblanadi.

Bachadonga kirgan mikroblar homila tuxumining qismlariga infeksiya yuqtiradi, keyinchalik jarayon bachadonga, bachadon naylariga, tuxumdonlarga, chanoqning qorin pardasiga va kletchatkasiga o'tishi mumkin. Infeksiyalangan abort oqibatida ayol hayoti uchun xavf tug'diradigan umumiy septik kasalliklar ro'y berishi mumkin.

Jarayonning homila tuxumi sohasida chegaralanishi yoki bachadonga va undan tashqariga tarqalishi mikroblarning virulentligiga va ayol organizmining qarshilik ko'rsatishiga bog'liq.

Infeksiyaning qanchalik tarqalganligiga qarab, abort quyidagi turlarga bo'linadi: 1) og'irlashmagan isitmali abort; 2) og'irlashgan isitmali abort; 3) septik abort.

Og'irlashmagan isitmali abortda infeksiya bachadondan tashqariga chiqmaydi. Bachadon palpatsiyada bezillamaydi, bachadon ortiqlari, chanoqning qorin pardasi va kletchatkasi o'zgarmaydi.

Ayolning harorati ko'tarilgan, pulsi tezlashgan-u, haroratiga mos, umumiy ahvoli qanoatlanarli bo'ladi.

Og'irlashgan isitmali abortda infeksiya bachadondan tashqariga yoyiladi, tekshirishda bachadonning bezillab turganligi, bachadon ortiqlari, chanoqning qorin pardasi yoki kletchatkasi o'zgarganligi (bezillab turganligi, infiltratlar va hokazo) aniqlanadi. Ayolning umumiy ahvoli jiddiy, harorati ko'tarilgan, og'riq bezovta qilayotgan bo'ladi.

Septik abortning klinik manzarasi murakkabligi va og'ir o'tishi bilan farq qiladi. Bemorlar ahvoli og'ir, uyqusi buzilgan, ishtahasi yo'qolgan, tili quruq, terisi rangsiz, ko'pincha sarg'ish yoki zafaron bo'ladi.

Septik abortning ilk belgilari shuki, ayol qaltiraydi, harorati ko'tariladi va pulsi ancha tezlashib, haroratga mos kelmaydi. Ko'pincha tromboflebitlar ro'y beradi, o'pka, buyraklarda, teri osti kletchatkasida va boshqa sohalarda metastatik absesslar paydo bo'ladi. Kichik chanoqda ro'y-rost yallig'lanish jarayonlari bo'lmasligi mumkin.

Infeksiyalangan abortni davolash akusher-ginekologning mu-rakkab vazifasi hisoblanadi.

Infeksiyalangan abortli har bir ayolni kasalxonaga jo'natish kerak.

Og'irlashmagan isitmali abortda antibiotiklar (antibiotikka sezgirligi aniqlangandan keyin) yoki sulfanilamid preparatlar buyuriladi, homila tuxumining qoldiqlari normal harorat qaror topganidan 5–6 kun keyin kyuretka yoki vakuum apparat bilan olib tashlanadi.

Ba'zi muassasalarda homila tuxumining qoldiqlari ayol statsionarga kelgandan keyin darrov olib tashlanadi. Og'irlashgan va septik abortga konservativ davo qilinadi, jumladan antibiotiklar, sulfanilamidlar, organizmni umuman mustahkamlaydigan, og'riqni bosadigan dorilar buyuriladi, bemor yaxshi parvarish qilinadi, ovqatlaniriladi va hokazo.

Bunday hollarda homila tuxumi qoldiqlarining o'zi tushishi kutiladi, chunki bachadon bo'shlig'ining devorlarini qirish infeksiyaning yanada tarqalishi nuqtayi nazaridan xavfli.

Ayolning hayoti uchun xavfli darajada ko'p qon ketgandagina bachadon qiriladi. Homila tuxumining infeksiyalangan qoldiqlarini tezroq tushirish maqsadida bachadonning qisqaruvchanligini oshiradigan dorilar (xinin, pitutrin) buyuriladi.

ABORTNING OLDINI OLIISH

Tug'ruqxonalar, ayollar maslahatxonasi, kasalxonalar, QVP larning tibbiyot xodimlari abortga qarshi kurash olib borishadi. Abortni oldini olishda akusherlar katta rol o'ynaydi.

Homiladorlikning normal rivojlanishga to'sqinlik qiladigan sabablarini bartaraf etib, bola tushishining oldi olinadi. Infantilizm belgilari bo'lgan, bolasi tushib va chala tug'ib yurgan barcha homiladorlar ayollar maslahatxonasi tomonidan hisobga olinadi. Bu ayollarga qat'iy rejim (jinsiy hayotni taqiqlash, yengil mehnat, to'g'ri ovqatlanish va hokazo) tavsiya etiladi. Tahdid qiluvchi abort belgilari aniqlanganda homilador ayol kasalxonaga jo'natiladi. Homilador ayollarni yuqumli kasalliklardan saqlash, bezgak, gripp, angina va boshqa kasalliklar bilan og'rigan ayollarni o'z vaqtida davolash katta ahamiyatga ega. To'g'ri ovqatlanish, ayniqsa, vitaminlarni yetarlicha iste'mol qilish bola tushishining oldini olishida muhim chora hisoblanadi.

Mehnat gigiyenasi: homiladorlarni kimyoviy moddalar, yuksak harorat ta'siri, yuk ko'tarish, tananing tebranishi va shu kabilar bilan bog'langan ishdan ozod qilishning roli katta.

Abortning oldini olish sanitariya-maorif ishini keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan vositalarni qo'llashdan iborat. Ayollarga abortning zararini tushuntirish, buning uchun individual suhbatlar, ma'ruzalar o'tkazish, radio, matbuotdan foydalanish zarur.

OY-KUNI ETMASDAN TUG'ISH (CHALA TUG'ISH) (partus praematurus)

Oy-kuni yetmasdan, chala tug'ish deb, homiladorlikning 28 haftasidan keyin to 38 haftasigacha yetmasdan turib tug'ishga aytiladi. Chala tug'ilgan chaqaloq vazni 1000 g dan kam, bo'yi 35 sm gacha bo'lsa ham, yashab ketishi mumkin.

Homilaning nechog'lik erta tug'ilganligi va homilaning qanchalik yetilganligi anamnez, homilador ayol va tug'ilgan bolani obyektiv tekshirishda olingan jami ma'lumotlarga qarab bilib olinadi.

Bolaning bo'yi, vazni va homilaning ona qornida qancha yashaganini ko'rsatib beradigan boshqa belgilarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Oy kuni yetmasdan tug'ish umumiy tug'ruqning 5–6% ni tashkil qiladi.

Muddatidan oldin tug'ishning sabablari xilma-xildir. Ular ona organizmi, homila holati hamda yo'ldoshning patologik xususiyatlariga bog'liq. Sabablar orasida homilador ayol kasalliklari alohida o'rin tutadi. Bunga yuqumli kasalliklar (gripp, virusli gepatit, toksoplazmoz va boshqalar), yurak va qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, ichki sekretiya bezlar patologiyasi, kamqonlik va boshqalar, jinsiy a'zolar yallig'lanishi, *infantilizm*, bachadon bo'ynidagi nuqsonlar (yetishmovchiligi) kirishi mumkin. Bundan tashqari shuni ham ta'kidlab o'tish kerakki, bizning mintaqa sharoitimizda chala tug'ishning asosiy sabablaridan biri, homiladorlik gestozlaridir.

Zaxm kasalligi, OITS (SPID) ham chala tug'ishga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek homila qonining rezus-faktor, ABO jihatidan bir-biriga mos kelmasligi chala tug'ishga olib kelishi mumkin. Oy kuni yetmasdan tug'ish sabablarining yana bir katta guruhi homila va yo'ldosh xususiyatlari bilan bog'liq. Unga quyidagilar kiradi: homilaning noto'g'ri joylashishi, anomaliyalari, ko'p va kam suvlilik, amnion pardasining yallig'lanishi, platsenta anomaliyalari va boshqalar.

Chala tug'ishning kechishi. Chala tug'ish muddati yetib tug'ishga o'xshaydi. Dard va to'lg'oq tutadi, bachadon bo'yni tekislanadi, bachadon bo'ynining teshigi ochiladi, qog'onoq suv ketadi, homila tug'iladi, so'ngra yo'ldosh tushadi. Ammo chala tug'ish muddati yetib tug'ishga qaraganda ko'proq og'irlashadi. Avvalo qog'onoq suvlari barvaqt (va ilk) ketib qoladi, tug'ruq kuchlari sust bo'ladi.

Chala tug'ishda ko'proq homilaning chanoq tomoni oldinda yotadi, homila qiyshiq va ko'ndalang vaziyatlarni oladi, tug'ruq vaqtida va ayniqsa, yo'ldosh tushish davrida qon ketadi.

Homila asfiksiyasi, tug'ruq shikastlari – kalla ichining travmasi va o'lik tug'ish, muddati yetib tug'ishdagiga qaraganda ko'proq uchraydi.

Chala tug'ishni davolash va tug'ruqni boshqarish. Tug'ruq alomatlari boshlangan paytda chala tug'ishning oldini olish uchun choralar ko'rishga harakat qilish, tug'ruq jarayonini to'xtatish mumkin.

Ayolni tug'ruqxonaning patologiya bo'limiga yotqiziladi. Qat'iy o'rinda yotish buyuriladi. Uyquning normal bo'lishi va davolash muhofaza rejimini saqlash katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir vaqtda, bachadon mushaklari qo'zg'aluvchanligini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Bular vitamin E, magniy sulfat eritmasi, to-kolitik preparatlardan partusisten 0,5 mg, ritodrin 1 mg va boshqalar. Ritodrin 1 mg 250–400 mg natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi. Qon bosimi pasayib, ko'ngli aynishi, qusish, bosh og'rishi bilinadi. Shamchalardan papaverin gidroklorid, indometatsinli shamchalar qo'llaniladi.

Fizioterapevtik usullardan: endonazal galvanizatsiya, elektrofa-rez Mg bilan bachadon elektrorelaksatsiyasi qo'llaniladi.

Asab tizimiga ta'sir qiluvchi (bromidlar, valeriana, triok-sazin) askorbinat kislotasi (200–300 mg) sutkasiga, vitamin B₁ (20–30 mg) sutkasiga, vitamin A₁, PP buyuriladi.

Infantilizmda – ekstrojenlar (estriol) bilan progesteron buyuriladi.

Tug'ruq jarayoni rivojlangan holda, bu dorilar samarasiz bo'lgan paytda tug'ruqni quyidagicha davom ettirish kerak.

Chala tug'ishda akusherlik taktikasi tug'ruq jarayoni bosqichiga, homila pufagining holatiga (suv ketgan-ketmaganligi), bachadon bo'yni teshigining ochilish darajasiga, infeksiya alomatlari bor-

yoʻqligiga, tugʻruq kuchlarining muntazamligiga yaʼni akusherlik vaziyatiga bogʻliq.

Chunonchi, agar muntazam tugʻruq dardlari, infeksiya alo-matlari, ogʻir ekstragenital patologiya, homila nuqsonlari boʻlsa, tugʻruq faol olib boriladi. Agarda homiladorlik muddati 34 hafta-gacha boʻlib, ona va homila ahvoli yaxshi boʻlsa, muntazam tugʻruq kuchlari boʻlmasa, bachadon boʻynining kanali 4 sm dan kam ochilgan boʻlsa, kutish pozitsiyasiga amal qilinadi.

Ayol organizmining tugʻruqqa tayyorligi tekshiriladi. Buning uchun oksitotsin testi, Xechinashvili usuli, kolpotsitogramma, maʼlumotlari katta ahamiyatga ega.

Agar qogʻonoq suvlari barvaqt yoki vaqtidan oldin ketgan boʻlsa, kutish pozitsiyasi homiladorlikning 34 haftalik muddati-gacha davom etishi mumkin. Bunday taktika tugʻruq yoʻllari infek-siyasi boʻlmasa, homilaning ahvoli qoniqarli, boshqa akusherlik patologiya boʻlmasa, toʻgʻri hisoblanadi.

Tugʻruqni olib borishda ona va homilani juda avaylash kerak. Tugʻruqning birinchi davri odatdagiday olib boriladi. Ikkinchi davrda birinchi marta tugʻayotgan, vulvar halqasi tor, tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari qattiq boʻlgan ayollarda **perineo-tomiya** yoki **epiziotomiya** qilinadi. Yetilmagan homila tomirlar tizi-mining yengil jarohatlanish xususiyatiga ega ekanligi sababli, ora-liqni himoya qilmay tugʻruqni qabul qilish lozim (ayniqsa, homi-ladorlikning 34 haftalik muddatigacha boʻlgan tugʻruqda).

Chala tugʻruqda **kesar kesish** operatsiyasi faqat ona tomonidan akusherlik koʻrsatma paydo boʻlgandagina bajariladi.

Chala tugʻish ona va homilaga yomon taʼsir etgani uchun chala tugʻishning oldini olish choralarini, ayniqsa, sinchiklab amalga oshirish zarur.

Homilador ayolning toʻgʻri turmush kechirishi va ovqatlanishi, uni infeksiya va intoksikatsiyadan saqlash, homiladarning kasal-liklarini oʻz vaqtida aniqlash va davolash shunday choralardan hisoblanadi. Buning uchun ayollar maslahatxonasining roli katta-dir.

Chala tugʻishga olib keluvchi omillar quyidagi toʻrt guruhga boʻlinadi: 1) ijtimoiy biologik omillar, 2) akusher-ginekologik anamnez, 3) ekstragenital patologiya, 4) homiladorlik asoratlari. Shu omillarga qarshi kurash chala tugʻishning oldini olishning ga-rovidir.

Istmiko-servikal yetishmovchilikni aniqlab, o'z vaqtida bachadon bo'yni tikib qo'yiladi va choklar tug'ruq vaqtidan 15 kun oldin olib tashlanadi.

Chala tug'ilgan chaqaloq belgilari

Bo'yi — 47 sm dan kam.

Og'irligi — 2499,0 g va undan kam.

Terisi — qizil rangda.

Teri osti kletchatkasi — yaxshi rivojlanmagan.

Butun tanasi — tuk bilan qoplangan.

Quloq tog'ayi — yumshoq, boshiga yopishgan.

Choklar — keng.

Kindigi — pastroqda joylashgan.

Katta uyatli lablar kichigini yopmaydi.

Moyaklar — yorg'oqqa tushmagan.

Tirnog'i — barmog'ini yopib turmaydi.

Ovozi past.

Sochlar uzunligi — 2 sm dan kam.

Muddatida tug'ilgan chaqaloq belgilari

Bo'yi — 47 sm dan uzun.

Og'irligi — 2500,0 g dan ortiq.

Tug'ilganda chinqirib yig'laydi.

Teri osti yog' kletchatkasi yaxshi rivojlangan.

Katta uyatli lablar kichigini yopib turadi.

Moyaklar yorg'oqqa tushgan.

Tirnog'i barmog'ining uchigacha yetadi.

Sochlar uzunligi — 2 sm dan ko'p.

Kindigi — qov va xanjarsimon o'simta o'rtasida teng masofada joylashgan.

Quloq tog'ayi — qattiq, boshdan ajralib turadi.

MUDDATIDAN O'TIB KETGAN HOMILADORLIK

(partus protractus)

Odatda normal fiziologik homiladorlik 280 kun — 39–40 hafta davom etadi. Agar homiladorlik 41–42 haftagacha davom etsa, uni **muddati cho'zilgan homiladorlik** deyiladi. Homiladorlik muddati 42 haftadan oshsa, **muddatidan o'tib ketgan homiladorlik** deb ataladi. Muddatidan o'tib ketgan homiladorlik kech tug'ilishi (*partus serotinus*) bilan tugallanadi. Muddatidan o'tib ketgan homiladorlik 2% gacha uchraydi. Serfarzand ayollarda 5–10%, birinchi tug'uvchi ayollarda 4–5% uchraydi.

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikni 2 xil ma'noda tushinish mumkin:

a) homila ona organizmida tug'ilish darajasida rivojlanmaganligi sababli homiladorlik muddatidan 1–2 haftagacha ko'proq davom etadi. Ko'pchilik olimlar buni biologik holat yoki homiladorlikning **muddatidan vaqtincha uzayishi** (*prolangirovannaya beremennost*) deyishadi;

b) agar homiladorlik muddatidan 2 haftadan ko‘proq o‘tib tug‘ilib, homilada vaqtdan o‘tib tug‘ilgan belgilar bo‘lsa, bu patologik holat hisoblanadi. **Muddatidan o‘tib ketgan homiladorlik** deyiladi.

Muddatidan o‘tib ketgan homiladorlikning sabablari ko‘p va murakkab, ular yetarlicha o‘rganilmagan. Markaziy va vegetativ asab tizimining funksional o‘zgarishlari, endokrin bezlar faoliyatining buzilishi asosiy sabablardan biri hisoblanadi. Bu omillar miometriyning qo‘zg‘aluvchanligi va qisqarish qobiliyatining susayishiga olib keladi.

Estrogen gormonlar, asosan, estrodiol kamayib, progesteron ko‘payishi natijasida homiladorlikning muddatidan o‘tib ketishi kuzatiladi. Muddatidan o‘tib ketgan homiladorlikda platsentaning gormonal faoliyati, bachadon – platsentar qon aylanishining buzilishlari va homila kattalashib ketish alomatlari ro‘y beradi. Homiladorlikning muddatidan o‘tib ketishi chala tug‘ishga nisbatan kamroq uchraydi.

Muddatidan o‘tib ketgan homiladorlikda kechki gestozlar, homila gipoksiyasini kuzatishimiz mumkin.

Tug‘ruq esa asoratsiz o‘tmaydi. Eng ko‘p uchraydigan asoratlardan biri qog‘onoq suvning barvaqt ketishi. Bu o‘z navbatida, bachadonga infeksiya kirishiga olib kelishi mumkin.

Tug‘ruq kuchlarining birlamchi va ikkilamchi sustligi kuzatiladi. Bular qog‘onoq suvining barvaqt ketishi va tug‘ruq kuchlarining sustligi tug‘ruqning I–II davrining cho‘zilishiga olib keladi.

Intranatal o‘lim – muddatidan o‘tib ketgan homiladorlikda ko‘proq uchraydi. Tug‘ruqning uchinchi davrida gipotonik qon ketishlar kuzatiladi.

Diagnostikasi. Bunda ayollar har taraflama tekshiriladi. Ayolni umumiy tekshirish bilan birga, qorin aylanasi o‘lchash katta ahamiyatga ega. Homiladorlikning oxirgi oyida qorin aylanasi 80–100 sm, muddatidan o‘tganda esa 5–10 sm ko‘proq bo‘ladi.

Ayrim hollarda 3–4 haftadan ko‘proq o‘tsa, qog‘onoq suvining shimilishi natijasida qorin aylanasi, aksincha 5–10 sm kichik bo‘ladi. Bola vazni ham kamayadi. Bunda ayol qorin tubining pastga tushganini sezib, 3–4 hafta o‘tgach vrachga murojaat qiladi.

Oxirgi hayz ko‘rish vaqti, homilaning birinchi qimirlagan vaqti hamda ayollar maslahatxonasida birinchi marta aniqlangan homiladorlik muddati aniq diagnoz qo‘yishga yordam beradi. Bular-

dan tashqari **amnioskopiya**, (qog'onoq suv yashil rangda), **amnio-sentez** va qin hujayralarining sitologik ko'rinishi diaqnoz uchun katta ahamiyatga ega.

Tashqi akusherlik tekshirish homila o'lchamlarining yirikligi, suyaklarining qattiqligini ko'rsatadi. Tug'ruq paytida qin orqali tekshirganda bosh suyaklarining qattiqligi, kalla choklarining torligi, liqildoqning torayganligi, katta va kichik liqildoq orasidagi masofaning haddan ortiq uzoqligi aniqlanadi.

So'ngi yillarda homiladorlikni aniqlashda ultratovush to'liqlaridan keng foydalanilmoqda.

Homila EK va FKG si surunkali gipoksiya rivojlanib, homila yuragi faoliyatida o'zgarishlar hosil bo'lganligini ko'rsatadi. Homilaning terisi bichilib, kindikda mekoniy shimiladi. Platsentada ko'plab **petrifikatlar**, ohakli yuzalar va **infarktlar** (distrofik o'zgarishlar) ro'y beradi.

Homilaning vaqtidan o'tib ketganligi belgilari: homila ustini qoplagan moyning kam bo'lishi. Homila bosh suyagi qattiq, choklari tor, liqildoqlar kichkina. Terisi birmuncha shalpaygan: **mase-ratsiya** (teri yuza qavati oson ko'chib tushadi, kafti bujmaygan — kir yuvuvchining qo'liga o'xshaydi), terisi kulrang.

Homilaning muddatidan o'tib tug'ilishi ko'pincha bahor va qish paytlarida, organizmda vitaminlar kamaygan davrda uchraydi.

Davosi: ayol organizmining tug'ish jarayoniga tayyorligini aniqlash uchun oksitotsin testini qo'llash mumkin. 1 ml oksitotsin yoki 5 TB olib 5% li 500 ml glukoza eritmasiga qo'shib yaxshilab aralashtiradi. Ayol venasiga 15–20 tomchidan yuboriladi va har 5 daqiqada bachadon qisqarishi tekishiriladi. Agar oksitotsin vena ichiga yuborilayotganda kaftimiz bilan bachadonning ritmik qisqarishini sezsak, oksitotsinli test musbatligini, ya'ni ayol organizmi tug'ish jarayoniga tayyorligini bildiradi.

Agar oksitotsinli test manfiy bo'lsa, ayol organizmini estrogen, vitaminlar, ATF, kalsiy xlarning 10% eritmasidan venaga yuborib, 3–5 kun tayyorlanadi.

Ayolga estrogen-glukoza-vitamin-kalsiyli kompleks bilan birga dardni zo'raytiruvchi dorilar qilinadi. 20000 TB follikulini yoki sinestrol 0,5 ml efir bilan mushak orasiga har ikki soatda yuboriladi. So'ngra kanakunjut yog'idan 30 g ichiladi. 2 soatdan keyin huqna qilinadi. Har 45 daqiqada hammasi bo'lib, 4–5 marta 0,15–0,2 xinini beriladi. Qon tomirga 40% li — 20 ml glukoza, 6%–1,0

vitamin B₁, 5%–5,0 askorbin kislota, vitamin C, 10%–10,0 ml kalsiy glukonat yuboriladi.

Bu aytib oʻtgan vitamin – glukoza gormonal – kalsiyli fondan tashqari 5 TB oksitotsin 5%–500,0 glukozaga qoʻshib har daqiqasiga 8 tomchidan 30–40 tomchiga yetkazib tomiziladi. Tomchini koʻpaytirayotganda ayolning ahvolidan xabardor boʻlish, bachadon qisqarishiga eʼtibor berish kerak.

Oksitotsin spazmolitik va ogʻriqni qoldiruvchi preparatlar bilan birga yuboriladi. Aprofen 1%–1,0, promedol 2%–1,0 mushak orasiga.

Agar ayol bir sutkadan ortiq sust dard chekib charchagan boʻlsa, dardni zoʻraytiruvchi dori foyda qilmasa, narkoz beriladi.

Oldin teri orasiga atropin 0,1%, soʻngra vena ichiga 20%–10,0 natriy oksibutirat eritmasi yuboriladi.

Viadril yoki GOMK qilib ayolni uxlatish mumkin. Keyin tugʻruq yoʻllari tekshiriladi, qon bosimi oʻlchanadi, homila yurak urushi eshitib koʻriladi, soʻngra oksitotsin vena ichiga yuboriladi.

Soʻnggi vaqtlarda dardni zoʻraytiruvchi yangi preparatlar Prostaglandin F₂^o (2,5 mg va 2,5 TB oksitotsin 5%–500,0 glukozada) vena ichiga yuboriladi.

Tugʻruq vaqtida har 3 soatda asfiksiyaga qarshi profilaktik choralar koʻriladi. Qogʻonoq suvi ketgandan soʻng 4–5 soat oʻtgach, tugʻruq vaqtida endometrit va chilla davridagi asoratlar oldini olish maqsadida 500000 TB penitsillin mushak orasiga har 6 soatda, norsulfazol va sulfademizin beriladi, 0,5 x 3 mahal.

Nazorat uchun savollar

1. Oʻz-oʻzidan boʻladigan abortning bosqichlari.
2. Oʻz-oʻzidan boʻladigan abort turli bosqichlarining klinik belgilari va davolash.
3. Oy-kuni yetmasdan tugʻish va muddatidan oʻtib ketgan homiladorlik etiologiyasi, tugʻruqning kechishi va profilaktikasi.
4. Sunʼiy abort, koʻrsatmasi, shart-sharoit va texnikasi.

XIX BOB. PLATSENTANING OLDINDA YOTISHI VA NORMAL JOYLASHGAN PLATSENTANING BARVAQT KO‘CHISHI

PLATSENTANING OLDINDA YOTISHI

Platsentaning oldida yotishi (*placenta praevia*) homiladorlikning xavfli asorati bo‘lib, platsenta bachadonning pastki segmentiga yopishadi va bachadonning ichki teshigini to‘la yoki qisman berkitib qo‘yadi. Platsenta homilaning oldinda yotgan qismidan pastroqda joylashib, homila tuxumining oldinda yotuvchi (oldinda keluvchi) qismi hisoblanadi.

Platsentaning oldinda yotishining quyidagi turlari (tasnifi) bor.

1. Platsenta chetining oldinda yotishi (*placenta praevia marginalis*). Platsentaning faqat cheti ichki teshikka yaqin keladi. Teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda homila pufagining silliq pardalari va yonda platsentaning kambar chekkasi paypaslab topiladi.

2. Platsenta yonining oldinda yotishi (*placenta praevia lateralis*). Platsenta ichki teshikni yoni bilan berkitib turadi, teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda platsenta to‘qimasi (deyarli boshdan oxirigacha) va pardalarning faqat kichik bir bo‘lagi paypaslab topiladi.

3. Platsenta markazining oldinda yotishi (*placenta praevia centralis*). Ichki teshik ustida platsenta markazi (yoki deyarli markazi) joylashadi, teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda faqat platsenta to‘qimasi paypaslab topiladi.

Platsenta markazi ichki teshik ustida joylashganligini qin orqali tekshirishda hech bilib bo‘lmaydi. Shu sababli ichki teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda pardalar paypaslanmay, faqat platsenta to‘qimasi aniqlanganda platsenta markazi oldinda yotibdi, deb tashhis qo‘yiladi.

4. Platsentaning pastga yopishishi ham tafovut qilinadi. Platsenta pastki segmentga yopishadi, chekkasi ichki teshikka yaqin keladi, ammo ichki teshik to‘la ochilganda ham platsenta cheti paypaslanmaydi.

Platsenta oldinda yotishining turlarini ba’zi akusherlar platsentaning **to‘la** va **qisman** oldinda yotishini ajratish kerak, deb taklif

etadilar. Ichki teshik 2–3 barmoq eniga ochilganda har joyda platsenta to‘qimasi aniqlansa, platsenta to‘la oldinda yotgan bo‘ladi, ichki teshik shuncha ochilganda pardalar va platsenta to‘qimasi aniqlansa, platsenta qisman oldinda yotibdi deyiladi.

Platsentaning bachadon bo‘ynida yotishi (*placenta cervicalis*) kam uchraydi, bunda platsenta bachadon bo‘ynining kanalida rivojlanadi.

Platsentaning oldinda yotganini aniqlash: homiladorlikning so‘nggi oylarida va tug‘ruqning birinchi davrida qon ketishining har qanday turi platsentaning oldinda yotishi jihatidan shubhalidir, og‘riq sezilmasdan to‘satdan qon ketishi ko‘pincha platsentaning oldinda yotganidan darak beradi.

Diagnoz qin orqali tekshirishda aniq bo‘ladi. Vrach juda ehtiyotlik bilan ish ko‘radi, ehtiyotsizlik qilish platsentaning yanada ko‘chishiga va qon ketishining kuchayishiga sabab bo‘ladi. Bachadon bo‘ynining teshigi ochilgach, shu teshigining bevosita orqasida platsentaning yumshoqroq to‘qimasi qo‘lga unnaydi; platsenta qisman oldinda yotganda platsenta to‘qimasining yonida homila pufagining pardalari aniqlanadi. Tekshirishda barmoqni teshik chetlaridan nariga kiritish yaramaydi, chunki bunda platsentaning ko‘chishi kuchayib, qon ko‘proq ketadi.

Qon ketishining boshqa sabablari (bachadon bo‘ynining raki, polipi, varikoz tugunining yorilishi, travmalarni to‘la istisno qilmoq uchun qon ketayotgan har bir ayolni ko‘zgularday yordamida tekshirish zarur.

Platsenta oldinda yotganda davo qilish. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi homilador ayolni kechiktirmasdan albatta kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Hatto juda oz qon ketib, to‘xtab qolganda ham, homilador ayolga akusher qo‘shib, kasalxonaga jo‘natish kerak, qon ketishi istagan paytda boshlanib, tahlikali tus olishi mumkin. Davo usulini tanlashda qon kelishining shiddati va kamqonlik darajasi, operatsiya qilib homilani olishga tug‘ruq yo‘llarining tayyorlanganligi, homilaning yetilganlik darajasi va homilaning ahvoli, tirikligi, asfiksiya va hokazolar hisobga olinadi. Ko‘rsatilgan belgilarga qarab ba‘zi ayollar esa darhol operatsiya (hatto kesar kesish) qilinadi.

Homiladorlik vaqtida ozgina qon ketib, ayolni aytarli kamqon qilib qo‘ymaganda konservativ davo qilinadi. Bunday holda ayol

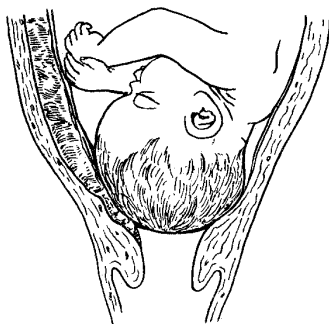
qat'iyon yotqizib qo'yiladi, qon oz-ozdan takror quyib turiladi, vitaminlarga boy ovqat buyuriladi. Homilador ayolning ahvoriga, jinsiy yo'llaridan kelayotgan chiqindiga, puls, arterial bosimiga e'tibor bilan qarab turiladi, chiqindi ko'p ketmasa-da, uzoq vaqt qon aralash kelganda ko'pincha kamqonlik kuchayadi, bunga yo'l qo'ymaslik uchun muntazam ravishda tekshirib turiladi.

Qonli chiqindi kelishi davom etaversa va gemoglobin (Gb), eritrotsitlar kamayaversa, operatsiya qilib homila olinadi. Qon ko'p ketsa darhol (o'lim xavfi tug'ilganda) operatsiya qilib tug'ruq tugal-lanadi. Qon oqish kuchiga, ayolning sog'lig'iga, platsentaning oldinda yotishi turiga va shu kabilarga qarab, quyidagi operatsiyalardan biri bajariladi.

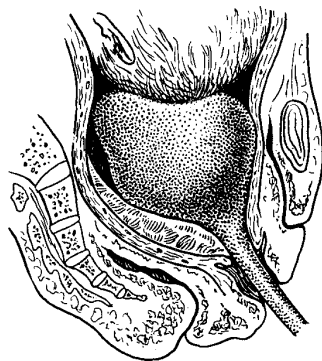
1. Homila pardalarini yirtish. Platsenta cheti oldinda yotganda, homilaning bo'ylama vaziyatida va bachadon bo'ynining teshigi 1–2 barmoq eniga ochilganda homila pufagini yirtish tavsiya etiladi.

Homila pardalari yirtilgach platsentaning ko'chishi to'xtaydi, homilaning pastga tushgan boshi oldinda yotgan platsentani va qonayotgan tomirlarini qisib qo'yadi (116-rasm), qon ketishi to'xtaydi va tug'ruq o'zicha tugaydi.

2. Metreyriz. Homila pardalari yirtilgach homila pufagining bo'shlig'iga nok shaklidagi steril rezina ballon – metreyrinter kiritiladi. U sigaraga o'xshash buklab kiritiladi, so'ngra unga naychasi orqali steril fiziologik eritma quyiladi, naychaga ozgina (200–400 g) yuk osiladi. Yuk ta'sirida metreyrinter platsentaning ko'chgan qismini bachadonning pastki segmentiga taqab qon tomirlarini tamponada qiladi (117-rasm) va shu tariqa qon ketishining to'xtashiga va bachadon bo'yni teshigining ochilishiga yordam beradi. Bacha-



116-rasm. Pardalar yorilgach homila boshi pastga tushib, oldinda yotgan platsentani va qonayotgan tomirlarni qisishi.



117-rasm. Oldinda yotgan platsentani metreyrinter bilan qisish.

don tegishli yetarlicha ochilgan bo'lsa, avval metreyrenter chiqadi, ketidan homila ham tug'iladi.

3. Bosh-teri qisqichini solish. Platsenta cheti va yoni oldinda yotganda homila pardalari yirtilgach, boshi pastga tushmasa va qon ketishi to'xtamasa, teri-bosh qisqichini solish mumkin. Maxsus yasalgan qisqich bilan homila boshidagi teri burmasi ushlanadi, qisqich dastasiga ozgina (200–400 g) yuk osiladi, bu yuk homila boshini chanoq og'ziga tortadi. Pastga tushgan bosh platsentani bachadonning pastki segmentiga va chanoq devorlariga taqab qisadi, natijada qon oqishi to'xtaydi. Bosh ushlanib, qon oqish to'xtagach, qisqich olinadi va tug'ruq tabiiy holiga qo'yib beriladi.

4. Kesar kesish. Platsenta oldinda yotganda ko'pincha kesar kesish zarur bo'lib qoladi. Ko'p qon ketganda, bu operatsiya kechiktirmasdan qilinadi. Odatda, platsenta markazi, ba'zan yoni oldinda yotganda ko'p qon ketadi.

Platsenta oldinda yotishi bilan birga homila noto'g'ri yotganda, keksayib birinchi marta bo'yida bo'lgan ayol farzand ko'rishga ishtiyokmand bo'lganda ham, kesar kesish qilishga ruxsat etiladi.

Platsenta oldinda yotganda operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi (qon quyiladi, glukoza bilan fiziologik eritma teri ostiga yuboriladi), yurakni quvvatlovchi dorilar qo'llaniladi va hokazo.

Platsenta oldinda yotganda, yo'ldosh tushish davri ko'pincha og'irlashib qoladi. Platsenta bachadonning yaxshi qisqarolmaydigan pastki segmentiga yopishgani uchun u hadeganda ko'chavermaydi; ba'zan platsenta bachadonga qisman yopishib qolgan bo'ladi. Platsentaning ko'chavermasligi natijasida qo'shimcha qon ketadi, bu esa hayot uchun xatarli bo'lib qolishi mumkin.

Shu sababli yo'ldosh tushish davrida ayolning umumiy ahvoriga, pulsiga, arterial bosimiga va jinsiy yo'llardan chiqayotgan qon miqdoriga ko'z-quloq bo'lib turish kerak. Kamqonlik belgilari paydo bo'lganda va normadan ortiq qon ketganda, yo'ldoshni darhol qo'lda ko'chirish zapyp. Yo'ldosh tushirilgach, bachadon bo'ynini ko'z'gular bilan tekshirish va yirtilgan bo'lsa, choklab qo'yish kerak.

Chilla davrida infeksiya bilan bog'langan kasalliklar ro'y berish ehtimoli bor. Platsentar maydonchanning qinga yaqinligi va qon yo'qotish munosabati bilan organizm chidamining pasayishi infeksiya avj olishiga imkon beradi. Shu sababli tuqqan ayolni ayniqsa

e'tibor bilan kuzatish va parvarish qilish kerak. Zarur bo'lsa organizmni mustahkamlash choralari ko'riladi, takror qon quyiladi. Infeksiya bilan bog'liq kasalliklar davolanadi.

NORMAL JOYLASHGAN PLATSENTANING BARVAQT KO'CHISHI

(Separatio placentae normaliter insertae praematura)

Homiladorlik va tug'ruq normal o'tayotganda platsenta bachadonning yuqori segmanti devoriga yopishib turadi va tug'ruqning III davrida ko'chib tushadi.

Ba'zi patologik jarayonlarda normal joylashgan platsenta homila tug'ilguncha ko'chadi (platsentaning barvaqt ko'chishi). Platsenta, odatda bachadon bo'ynining ochiladigan davrida barvaqt ko'chadi.

Sabablari. Homiladorlikning kechki gestozlari, nefrit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, organizmda vitamin C yetishmasligi va boshqalar shunday kasalliklarga kiradi, oqibatda platsenta tomirlarida degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi. Qon tomirlar sinuvchan bo'lib qoladi. Qon bosimi ko'tarilib tushib turishi tomirlar sinishiga olib keladi, platsentaga, bachadon muskullariga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Bachadon devori bilan platsenta oralig'iga qon quyilishi sababli platsenta yopishgan joydan ko'chadi.

Platsentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, shilliq pardaning yallig'lanishi (endometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromasi, bachadon devorlari o'ta taranglashganda (qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik, yirik homila) va boshqa hollarda platsenta barvaqt ko'chishi mumkin.

Platsenta barvaqt ko'chganda ro'y beradigan o'zgarishlar. Platsentaning barvaqt ko'chishi to'liq yoki qisman bo'ladi. Platsentaning qisman (kichkina joyi) ko'chishi ayol organizmida aytarli o'zgarishga sabab bo'lmaydi.

Platsenta to'liq yoki ko'proq qismi (anchagina) ko'chganda, bachadon devori bilan platsenta orasida tez kattalashuvchi gematoma hosil bo'ladi. Gematoma o'sgan sayin bachadonning muskul qavatlariga qon kirib, bachadonning seroz pardasigacha sizib chiqadi. Platsenta barvaqt ko'chganda ichiga qon ketadi, ammo retroplatsentar (platsenta ortidagi) gematoma kattalashgan sayin qon

bachadon devori bilan pardalar orasidan bachadon bo‘ynining kanaliga tomon yo‘l ochib boradi. Shu sababli platsenta barvaqt ko‘chganda, ichga qon ketishiga tashqi qon oqishi ham qo‘shiladi. Platsenta ortidagi gematoma katta bo‘lganda va ayol juda kamqon bo‘lib qolganda ham, tashqi qon oqishi aksari yuqori darajaga yetmaydi.

Platsentaning to‘liq va talaygina qismi ko‘chishi ona va homilaga katta xavf tug‘diradi. Onaning qon yo‘qotishi va bachadonning o‘ta cho‘zilishi munosabati bilan kelib chiqadigan shok o‘lim xavfini tug‘diradi; homila ko‘pincha asfiksiyadan halok bo‘ladi. Platsentaning uchdan bir qismi ko‘chganda homila asfiksiya xavfida qoladi, platsentaning yarmi yoki hammasi ko‘chganda esa homila tug‘ilmasdan turib tez o‘lib qoladi.

Platsentaning to‘liq yoki anchagina qismi ko‘chganda, klinik manzara quyidagi bir qancha og‘ir simptomlar bilan ta‘riflanadi.

1. Ayol qorni doimo qattiq og‘rib turishidan noliydi, teri va shilliq pardasi bo‘zargan, puls – tezlashgan yumshoq, arterial bosimi pasaygan bo‘ladi.

2. Platsenta ortidagi gematoma o‘sganda bachadon ichidagi bosim oshadi va bachadon devorlari cho‘zilib ketadi. Shu sababli bachadon kattalashadi, konsistensiyasi zich (yog‘ochday qattiq bo‘lishi mumkin), shakli ovoid yoki noto‘g‘ri bo‘lishi mumkin. Platsenta to‘la ko‘chganda bachadonning gematoma tomondagi devori bo‘rtganidan bachadon asimmetrik bo‘lib qolishi mumkin. Bachadon palpatsiya qilinganda juda ham bezillab turadi.

3. Bachadon juda ham taranglashganligi sababli homila qismlari arang paypaslab topiladi yoki qo‘lga unmaydi, yurak urishi buziladi yoki to‘xtaydi, homila qimirlamaydi.

4. Ayol tug‘ayotgan bo‘lsa, dard tutayotgan vaqtidagina emas, pauzalarda ham homila pufagining juda taranglashganligi qayd qilindi. Homila tug‘ilgach, ko‘chgan platsenta darrov tushadi, jinsiy yo‘llaridan platsenta bilan birga bir talay suyuq qon va laxtalari oqib tushadi.

O‘ta cho‘zilgan bachadon yaxshi qisqarmaydi, shu sababli tug‘ruqdan keyingi dastlabki soatlarda bachadon atoniya munosabati bilan qon yo‘qotish ko‘pincha davom etadi.

Davosi. Platsenta barvaqt ko‘chganda kechiktirmasdan malakali yordam berish kerak: 1) tug‘ruqni tezlik bilan avaylab tugallash; 2) o‘tkir anemiya va shokka qarshi kurash.

Platsenta homiladorlik vaqtida yoki bachadon bo'ynining teshigi ochiladigan davrning boshlarida ko'chgan bo'lsa, kesar kesish qilinadi, chunki bunda homilani tabiiy tug'ruq yo'llaridan tez olishga shart-sharoit bo'lmaydi.

Bachadon teshigi chala ochilgan, qon kam ketayotgan va ona bilan homilaning ahvoli qoniqarli bo'lsa, homila pufagi yirtiladi, platsentaning yanada ko'chishi to'xtab, tug'ruq normal tugallanishi mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Platsenta oldinda yotishining turlari.
2. Platsenta oldinda yotishini aniqlash, davo qilish.
3. Normal joylashgan platsenta barvaqt ko'chishining etiologiyasi.
4. Platsenta barvaqt ko'chishi, klinikasi, diagnostikasi, davosi.

XX BOB. TUG‘RUQ KUCHLARI ANOMALIYALARI (TUG‘RUQ FAOLIYATI NUQSONLARI)

Tug‘ruq kuchlarining anomaliyalari zamonaviy akusherlikning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya hamma tug‘ruqning 15–17% tashkil etadi. Bu asorat tug‘ruqdan keyin patologik qon ketishi, tug‘ruq travmatizmi va homilaning o‘lik tug‘ilishi hamda chaqaloqlar o‘limi ko‘payishiga olib keladi.

Tug‘ruq kuchlari anomaliyalarining sabablari: homila boshi o‘lchamlari va chanoq o‘lchamlarining mos kelmasligi (tor chanoq, o‘σμα); ko‘p suvlilik yoki ko‘p homilalik natijasida bachadonning o‘ta cho‘zilib ketishi; gigant homila, bachadon bo‘yni rigidligi; homila chanog‘ining oldinda yotishi; muddatidan o‘tgan homiladorlik; qog‘onoq pufagining yassiligi; modda almashinuvining buzilganligi; tug‘uvchi ayolning charchaganligi; bachadondagi neyrotrofik o‘zgarishlar; bachadonning rivojlanish nuqsonlari; infantilizm; jinsiy a‘zolarining yallig‘lanishi kasalliklari; homiladorlikda nefropatiyani davolash maqsadida magniy sulfatni ko‘p ishlatilganligi; 30 yoshdan oshgan birinchi tug‘uvchilar; bachadonda o‘smalar va hokazolar.

Tug‘ruq kuchlari anomaliyalarining quyidagi tasnifi mavjud:

I. Tug‘ruq kuchlarining sustligi (birlamchi va ikkilamchi).

II. Tug‘ruq kuchlarining haddan tashqari zo‘rayishi.

III. Diskoorddinasiyalangan tug‘ruq kuchlari.

Tug‘ruq kuchlarining sustligi tug‘ruq kuchlari anomaliyalari orasida asosiy o‘rinni egallaydi. Tug‘ruq kuchlarining birlamchi sustligida dard tutishi avval boshdan sust, kalta, samarasiz bo‘ladi; dard tutishlar orasidagi pauzalar aksari uzoq davom etadi, dard tez-tez, ammo sust tutishi mumkin.

Tug‘ruq kuchlarining ikkilamchi sustligida tug‘ruq boshlarida dard yaxshi tutadi-yu, keyinchalik tug‘uvchi ayolning charchashi va bachadonning qisqarib holdan toyishi sababli dard tutishi susayib qoladi.

Tug‘ruq kuchlarining sustligi hamma tug‘ruqning 8–10% ni tashkil qiladi, birinchi tug‘uvchilarda qayta tug‘uvchilarga nisbatan 2 baravar ko‘p uchraydi.

TUG'RUQ KUCHLARINING BIRLAMCHI SUSTLIGI

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: ayolning bolalik va o'smirlik davrida rivojlanishdan orqada qolishi; surunkali infeksiyon kasalliklar; modda almashinuvining o'zgarishi; salbiy hissiyotlar; bachadonning neyrotrofik o'zgarishi; ichki sekretiya bezlarining o'zgarishi; yassi qog'onoq pufagi; giperhidroamnion; egiz homiladorlik; homilaning ko'ndalang yotishi; bachadon bo'ynidagi o'zgarishlar va hokazo.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligida quyidagi asoratlar ro'y berishi mumkin:

- homila asfiksiyasi;
- yo'ldosh tushish davrida va ilk chilla davrida patologik qon ketishi;
- platsenta va uning bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi;
- chilla davri septik kasalliklari.

Diagnoz qo'yishda Venkel usulidan, gisterograf apparati ma'lumotlariga va klinik manzarani kuzatish ma'lumotlariga tayaniladi. Agar birinchi marta tug'uvchilarda tug'ruq boshlangandan 6 soat, qayta tug'uvchilarda 3 soat o'tgach, bachadon bo'yni 2–3 santimetr ochilmasa, dard zaif va kalta, dard tutishlar orasidagi pauza davomiy bo'lsa, bunday holda tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi diagnozini qo'yish mumkin. Gisterograf apparati yordamida tekshirilganda, 1–2 soat davomida diagnoz qo'yish mumkin.

Davolash murakkab vazifa bo'lib, asosiy sababni aniqlash va uni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Tug'ruq kuchlarining sustligiga qarshi kurashda umumiy choralar: siydik pufagini o'z vaqtida bo'shatish, ichak funksiyasini tartibga solish, tug'uvchi ayolning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishning ahamiyati katta.

Dard sustiligida bachadon bo'yni 2–3 barmoq eni ochilishi bilan qog'onoq pufagini yorish tavsiya etiladi. Dardni kuchaytirish usullari xilma-xil bo'lib, odatda quyidagi sxemalardan foydalaniladi:

I sxema. Kurdenovskiy – Shteyn sxemasi. 50–60 g kanakunjut moyi ichiriladi; 2 soatdan keyin huqna qilinadi, xinin har 30 daqiqada 0,2 grammdan ichirib turiladi (jami 6 marta), xininni 3, 4, 5, 6 marta ichirishdan keyin har 15 daqiqada teri ostiga 0,25 ml pitutrin yuboriladi (jami 4 marta). Homila pufagi butun bo'lganda

tugʻruq boshlanishi bilan oq mushakka 20000–30000 TB follikulin yoki sinestrol yuboriladi.

II sxema. A.P.Nikolayev sxemasi. 60 g kanakunjut moyi ichiriladi; 1 soatdan keyin 0,2 g dan xinin har 30 daqiqada ichirib turiladi (jami 5 marta), 5 marta ichirilgandan soʻng huqna qilinadi. 40 foizli glukoza 50 ml va 10% kalsiy xlorid 10 ml venaga yuboriladi. Ayni vaqtda 60 mg B₁ vitamini yuboriladi.

III sxema. Xmilevskiy sxemasi. Aralashma glukoza 50 g, kalsiy xlorid 2 g, askorbin kislotasi 0,5 g vitamin B₁ 0,003 g, suyultirilgan xlorid kislotasi 10 tomchi, 150 ml suv aralashmasi bir yoʻla ichiriladi. 3 soatdan soʻng takror ichirish mumkin.

Dardni kuchaytirish sxemalaridan quyidagi hollarda foydalanish mumkin emas: klinik tor chanoq; bachadonda operatsiyadan keyingi chandiqlar boʻlishi; homilaning notoʻgʻri holati; platsentaning oldinda yotishi; bachadonning yorilish xavfi; homila gipoksiyasi kabilar.

Dardni kuchaytirishda bachadon boʻynining «yetilganlik» belgilariga eʼtibor berish kerak. Agar bachadon boʻynining yetilganlik belgilari boʻlmasa, estrogen preparatlaridan birontasi, estrodiol dipropionat 40000 TB, follikulin 20000 TB yoki 30000 TB; estrogen 10000 TB yoki 1 ml 2% li sinestrol (20 mg) 0,5–1 ml efir bilan teri ostiga har 2–3 soatda yuboriladi.

Keyinchalik 5 TB oksitotsinni 500 ml 5% li glukoza eritmasi bilan aralastirilib vena tomiri ichiga har bir daqiqada 8–10 tomchidan boshlab 40 tomchigacha yetkazib, asta-sekin tomchilab yuboriladi.

Agar tugʻuvchi ayol charchagan boʻlsa, narkoz berib uxlatiladi. Asoratlangan akusherlik anamnezi boʻlgan ayollarda, 30 yoshdan oshgan birinchi tugʻuvchilarda tugʻruq kuchlarini kuchaytirishning samarasi sezilmasa, tugʻruq operatsiya yoʻli bilan tugallanadi.

TUGʻRUQ KUHLARINING IKKILAMCHI SUSTLIGI

Odatda homilaning tugʻilish davrida yoki bachadon boʻyni ochiladigan davrning oxirida tuzikkina dard tutgandan keyin tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustiligi boshlanadi. Tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: homila boshi oʻlchamlarining onaning chanoq oʻlchamlariga mos kelmasligi, tor chanoq, bachadon boʻynining rigidligi, homila

pufagi kechikib yorilganda, bachadonning cho‘zilib ketishi, egiz homiladorlik, muddatidan o‘tgan homiladorlik, salbiy hissiyotlar, tug‘uvchi ayolning charchab qolishi.

Dard tutishi susayganda yoki to‘xtab qolganda tug‘ruq yo‘llarining yumshoq to‘qimalari, qovuq, uretra va to‘g‘ri ichak homila boshi bilan chanoq devorlari orasida uzoq qisilib qoladi. Shuning natijasida qon aylanishi buziladi, oqibatda to‘qimalar nekrozga uchraydi va qovuq bilan qin o‘rtasida yoki to‘g‘ri ichak bilan qin o‘rtasida oqma paydo bo‘lishi mumkin.

Tug‘ruq kuchlarining ikkilamchi sustligida homila asfiksiyasiga qarshi kurash olib boriladi, tug‘ruq kuchlarini kuchaytirish choralari ko‘riladi. Tug‘ruq kuchlari homila pufagining kechikib yorilishi sababli susaygan bo‘lsa, qog‘onoq pardalarini yirtish kerak. Bachadon bo‘yni to‘la ochilgan, homila boshi chanoq bo‘shlig‘ida yoki chanoqning chiqish tekisligida turgan bo‘lsa, teri ostiga pitutrin yoki oksitotsin yuborish mumkin, bular dard tutishini tezlashtiradi.

Homila boshi chanoq bo‘shlig‘ida yoki chanoqdan chiqish tekisligida bo‘lsa-yu, arterial bosim ko‘tarilganligi sababli pitutrinning iloji bo‘lmasa, akusherlik qisqichi solib, tug‘ruq tugallanadi. Oraliqning qotganligi sababli tug‘ruq cho‘zilib ketsa, perineotomiya qilinadi.

Tug‘uvchi ayol charchab qolganda va tug‘ruqni tez tugallash zarurati bo‘lmaganda, ayolga dam berish zarur. Tug‘uvchi ayol alohida xonaga yotqizilib, terisi ostiga promedol yoki pantopon yuboriladi, ammo uyqu 2 soatdan oshib ketmasligi kerak, shundan so‘ng darhol oksitotsin, prostoglandin tomchilab yuboriladi.

Tug‘ruq kuchlarining sustligiga barham berish uchun qovuq va to‘g‘ri ichakni o‘z vaqtida bo‘shatishning ahamiyati katta.

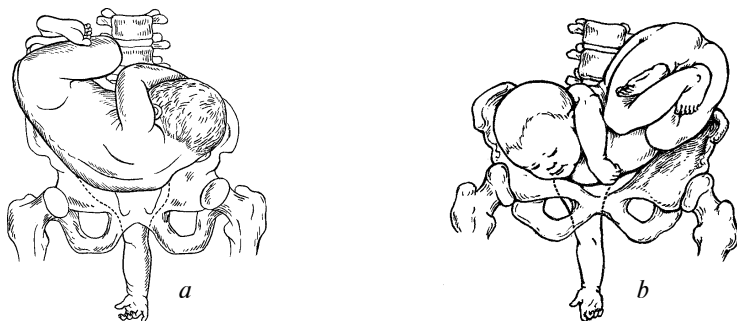
Nazorat uchun savollar

1. Tug‘ruq kuchlari anomaliyalari.
2. Tug‘ruq kuchlarining sustligida uni tezlashtirish sxemalari.
3. Tug‘ruq kuchlari sustligining belgilari va davolash.
4. Tug‘ruq kuchlari anomaliyalarining profilaktikasi.

XXI BOB. HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

Homilaning noto'g'ri yotishi deb shunday klinik holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan bo'ladi. Bunday holatlarga homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishlari kiradi va ular barcha tug'ruqlarning 0,5–0,7% ni tashkil qiladi.

Homilaning ko'ndalang yotishi deb (*situs trasversus*) shunday holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri burchak hosil qiladi, homilaning qiyshiq joylashishi (*situs obliqvus*) esa homila o'qi bachadon o'qi bilan o'tkir burchak ostida kesishadi. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda pozitsiyasi boshiga qarab aniqlanadi: boshi chapga qaragan bo'lsa – birinchi pozitsiya (118-rasm, a), o'ngga qaragan bo'lsa – ikkinchi pozitsiya (118-rasm, b) deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko'ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.



118-rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi: a – birinchi pozitsiya, oldingi turi; b – ikkinchi pozitsiya, orqa turi.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishining sabablari har xil:

1. Bachadon bo'shlig'ida homilaning harakatchanligini osonlashtiradigan hamma sharoitlar homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishiga sabab bo'ladi. Qog'onoq suvining ko'pligi, qorin devori-

ning bo'shashganligi, egiz homiladorlik (ayniqsa, qog'onoq suvining ko'pligi bilan birga) shunday sharoitlarga kiradi.

2. Chanoq tor bo'lganda, platsenta oldinda yotganda, bachadonning pastki segmentida o'smalar paydo bo'lganda va homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga va chanoq og'ziga taqalishiga halaqit beruvchi barcha sharoitlar bo'lganda, homila ko'ndalang (qiyshiq) yotishi mumkin.

3. Bachadonning noto'g'ri shakli, masalan, egarsimon bachadonda ham homilaning ko'ndalang yotishi kuzatilishi mumkin.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash, odatda, uncha qiyin bo'lmaydi. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning qornini ko'rish bilanoq uni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirganda uning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu muddatdagi bo'ylama yotishdagi holatidan ancha pastda bo'ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko'rib, aniqlanadi (Leopold-Lazarevich usuli). Homilaning yurak urishi kindik ro'parasida, homila boshi qaysi tomonda yotgan bo'lsa, o'sha tomon yaqinidan eshitaladi.

Qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang yotganini ko'rsatuvchi aniq ma'lumot bermaydi. Shu sababli homilaning noto'g'ri joylashganini aniqlash qiyin bo'lganda ultratovush usulini qo'llashga to'g'ri keladi. Faqat tug'ruq vaqtida homila pufagi yorilgach qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang (qiyshiq) joylashganini tasdiqlaydi, shuningdek bachadon bo'yni orqali homila yelkasi, qovurg'alari, o'mrovi yoki kuragini va umurtqalarining qirrali o'siqlarini paypaslab topsa bo'ladi.

HOMILANING NOTO'G'RI JOYLASHISHIDA HOMILADORLIKNING KECHISHI VA TUG'RUQNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Homiladorlik biror bir asorat qoldirmasdan kechsa-da, ba'zan chala tug'ish, vaqtdan oldin suv ketishi mumkin. Qog'onoq suvining vaqtdan oldin ketishi asosiy asoratlardan biri hisoblanadi. Homila ko'ndalang yotganda oldinda yotuvchi qism yo'q, oldingi va

orqa suvlar bir-biridan chegaralanmagan bo'ladi, dard tutganda qog'onoq suvlarining hammasi pastga intiladi, natijada homila pufagi oldinroq yoriladi.

Vaqtidan oldin suv ketishi natijasida homila qo'li yoki kindik qovuzlog'i suv bilan chiqib qolishi, homila gipoksiyasi, xorio-ammionit, hatto bachadon yorilish kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Vaqtidan o'tib ketgan ko'ndalang vaziyat deb shunday holatga aytiladiki, bunda suv ketgandan keyin bachadon qisqarib, devorlari homilani o'rab qisib qo'yadi, homila qimirlamaydigan bo'lib, tiqilib qoladi. Ko'ndalang yotgan homila dard tutgan bachadonning o'ta cho'zilgan pastki segmentiga tushadi, bu segment devorlari yupqa tortadi. Homilaning umurtqa pog'onasi, ayniqsa bo'yin qismidan bukiladi, yelkasi chanoqqa suqilib qoladi, chiqib qolgan qo'li shishib ko'karib ketadi. Homilaning ko'ndalang joylashishining o'tkazib yuborilishi tug'ruqning xavfli asorati bo'lib, ko'pincha vaqtda to'g'ri diagnoz qo'ya olmaslik oqibatida kelib chiqadi.

HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Agar homilaning ko'ndalang joylashganligi homiladorlikning 28–34 haftalarida aniqlansa, uni bo'ylama holatga keltirishga imkoniyat bor. Buning uchun homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yonida bo'lsa, o'sha yon bilan yotish tavsiya etiladi.

Homilaning joylashishida I.I.Grishchenko va A.Y.Shuleshovoylarning vaziyatni to'g'rilash maqsadida tavsiya etgan gimnastikasi ham ayollar maslahatxonasida muntazam olib boriladi.

Agar homila noto'g'ri joylashishi homiladorlikning 35–36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol tuqquncha tug'ruqxonaga yotqiziladi.

Tug'ruqxonada homilani ko'ndalang (qiyshiq) vaziyatdan bo'ylama vaziyatga burishga tashqi usullar bilan urinib ko'rish mumkin.

Tug'ruqni boshqarishda quyidagi holatlarga e'tibor berish kerak:

1. Homila noto'g'ri joylashishida tug'ruq o'z holicha tugamaydi, (homila burilishi va aylanishi) juda kam kuzatiladi.

2. Tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali tugʻishga ruxsat berish (homilani aylantirib oyogʻidan tortib olish) juda murakkab boʻlib, bunda aksariyat homilaning oʻlik tugʻilishi kuzatiladi. Shularni hisobga olib homilani koʻndalang joylashishida tugʻruq koʻpincha kesar-kesish operatsiyasi orqali amalga oshiriladi.

Bu operatsiya quyidagi hollarda qoʻllaniladi: 1) oʻttiz yoshdan oshgan birinchi marta tugʻuvchi ayollarda; 2) koʻndalang joylashishning boshqa akusherlik patologiyalari bilan birga uchrashi (tor chanoq, yoʻldoshning oldinda yotishi, jinsiy aʼzolardagi oʻsmalar).

Nazorat uchun savollar

1. Homilaning koʻndalang yotish sabablari, homiladorlikning kechishi.
2. Homilaning koʻndalang yoki qiyshiq yotganligini aniqlash.
3. Homilaning koʻndalang yoki qiyshiq yotishida tugʻruq, tugʻruqni olib borish.
4. Homilaning mayda qismlari yoki kindigining chiqib qolishi.

XXII BOB. CHANOQ ANOMALIYALARI (TOR CHANOQLAR)

Ayollardagi chanoq anomaliyasi tugʻruqning fiziologik kechishini izidan chiqaruvchi, ona va bola hayotiga xavf soluvchi ogʻir sabablardan biri hisoblanadi.

Oʻzining shakli va oʻlchami bilan normal chanoqdan ancha farq qiladigan chanoq – notoʻgʻri chanoq deyiladi.

Oʻlchamlari kichrayib toraygan chanoq homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishiga toʻsiq boʻlishi mumkin. Shuningdek, chanoq haddan tashqari keng boʻlganda ham, u tugʻruqning kechishiga salbiy taʼsir qiladi.

Chanoq anomaliyasi quyidagi 2 asosiy turdan iborat:

1. Keng chanoq. 2. Tor chanoq.

Chanogʻi **keng** boʻlgan koʻpchilik ayollarda tugʻruq ona uchun ham, homila uchun ham yaxshi oʻtadi, lekin baʼzan tugʻruqning ogʻirlashuvi kabi hollari ham uchraydi. Bunda homila boshining orqaga egilib kelishi, oʻq-yoysimon chokning pastda koʻndalang oʻlchamda turishi, qin, oraliq va bachadon boʻynining va homila boshining ogʻir jarohatlanishi kabi hollar kuzatiladi. Chanoq keng boʻlganda, tugʻruq vaqtida boʻladigan ogʻir holatlarning oldini olish uchun ayolni yaxshilab kuzatib borish va oʻz vaqtida yordam koʻrsatish, xususan shiddatli tugʻruqda toʻlgʻoqni susaytirish kerak.

Agar ayol chanogʻi yetilgan homilaning, ayniqsa, homila boshining oʻtishiga toʻsqinlik qilish darajasida toraygan boʻlsa, bunday chanoq **tor chanoq** deyiladi.

Tor chanoqlar ikki turga ajratiladi:

1. Anatomik tor chanoqlar deb, uning hamma yoki asosiy oʻlchamlaridan biri kamida 1,5–2 sm qisqarishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tugʻuvchi ayollar orasida oʻrtacha 2,5–3,5% ni tashkil etadi.

2. Funksional (klinik) tor chanoqlar deb tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Funksional tor chanoq yoki klinik tor chanoq faqat tugʻruq paytida yuzaga keladi va umumiy tugʻruqlarga nisbatan 1,5–2,5% hollarda uchraydi.

ANATOMIK TOR CHANOQ TASNIFI

I. Torayish shakli bo'yicha:

1. Ko'p uchraydigan shakllari: a) umumiy tekis toraygan chanoq; b) yassi (oddiy yassi va raxitik yassi) chanoq; d) umumiy toraygan yassi chanoq.

2. Kam uchraydigan shakllari: a) qiyshiq toraygan asimmetrik chanoq; b) osteomalatsiyadan zararlangan chanoq; d) kifoskoliotik chanoq; e) voronkasimon chanoq; f) spondilolistetik chanoq; g) ekzostoz va suyak o'smalari natijasida toraygan chanoq; h) ko'ndalangiga toraygan chanoq.

II. Torayish darajasi bo'yicha:

1. I.F.Jordania bo'yicha:

a) torayishning birinchi darajasida chin konyugata 11 sm dan kam, 9 sm dan ko'p. Chanoq torayishining birinchi darajasida tug'ruq ko'pincha o'zicha tugaydi, ammo chin konyugata 9 sm gacha torayganda tug'ruq qiyinlashadi.

b) torayishning ikkinchi darajasida chin konyugata 9–7,5 sm gacha chanoq torayishining 2-darajasida yetuk homila tabiiy tug'ruq yo'llaridan o'ta oladi, lekin tug'ruq ko'pincha qiyinlashib, operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

d) torayishning uchinchi darajasida chin konyugata 7,5–6 sm gacha. Yetilgan homilaning tabiiy tug'ruq yo'llaridan o'tishi mumkin emas. Faqat kesar-kesish operatsiyasi qilingandagina homilani tirik olsa bo'ladi. Homila o'lik bo'lsa, homilani yemirish operatsiyasi o'tkaziladi.

e) torayishning to'rtinchi darajasida chin konyugata 6 sm va undan kam. Homilani hatto yemirish operatsiyasi qilinganda ham, tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib bo'lmaydi. Tug'ruqni tugallash uchun birdan bir yo'l — kesar-kesish operatsiyasi. To'rtinchi daraja toraygan chanoqni **mutlaq tor** chanoq deb ataladi.

2. M.S.Malinovskiy bo'yicha:

1-darajali tor chanoq — chin konyugata 10–8 sm ga teng;

2-darajali tor chanoq — chin konyugata 8–6 sm ga teng;

3-darajali tor chanoq — chin konyugata 6 sm dan kam.

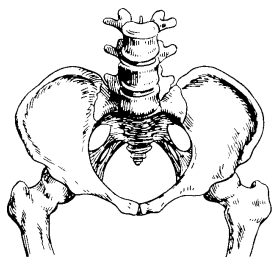
Umumiy tekis toraygan chanoq — xarakterli belgisi shuki, hamma (to'g'ri, ko'ndalang va qiyshiq) o'lchamlari baravar qisqargan, aksari 1,5–2 sm qisqargan (119-rasm). Umumiy tekis

toraygan chanoq past bo‘yli, infantilizm belgilari (sut bezlari kichik, qovuq sohasidagi junlar siyrak, tashqi jinsiy a‘zolar yetilmagan va hokazo) bo‘lgan ayollarda uchraydi.

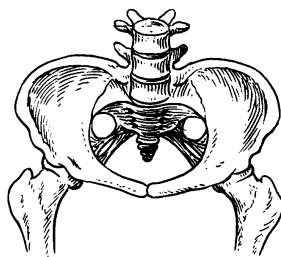
Yassi (yapaloq) chanoq (*pelvis plana*) – ko‘ndalang va qiyshiq o‘lchamlari normada, to‘g‘ri o‘lchamlari qisqargan chanoqqa aytiladi.

Oddiy yassi chanoq (*pelvis plana Deventery*) – chanoqning barcha to‘g‘ri o‘lchamlari toraygan bo‘ladi, qiyshiq va ko‘ndalang o‘lchamlari normada bo‘lishi mumkin.

Oddiy yassi chanoqning xarakterli belgisi – butun dumg‘aza simfizga yaqinlashgan, shu sababli chanoq kirish, kengaygan, toraygan va chiqish tekisliklarining to‘g‘ri o‘lchamlari qisqargan, ammo chanoq va skelet suyaklari deformatsiyalanmagan (120-rasm).



119-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoq.



120-rasm. Oddiy yassi chanoq.

Raxitik yassi chanoq (*pelvis plana rachitica*) – faqat chanoq kirish qismining to‘g‘ri o‘lchami (chin konyugata) toraygan bo‘ladi.

Bunday chanoqli ayolning bo‘yi pastroq, boshi go‘yoki to‘rtburchak shaklda, o‘mrov suyagi “S” shaklida, oyoqlari qiyshiq (“O” shaklida) bo‘ladi. Bo‘yin umurtqasi oldinga, ko‘krakniki orqaga, belniki oldinga, dumg‘aza umurtqasi orqaga ko‘p egilgan bo‘ladi. Dumg‘aza suyagining kaltalanishi, promontoriyning chanoq ichiga chuqur botib kirishi natijasida kichik chanoq o‘lchami torayadi, dumg‘aza suyagi tanasi va dum suyagi orqaga surilishi natijasida chanoq bo‘shlig‘i va chiqish qismining o‘lchami kirish qismiga nisbatan keng bo‘ladi (121-rasm). Raxitik chanoqlar yoshligida raxit kasalligini boshidan kechirgan ayollarda uchraydi.

Raxitik chanoqning 4 ta o‘ziga xos belgisi bor:

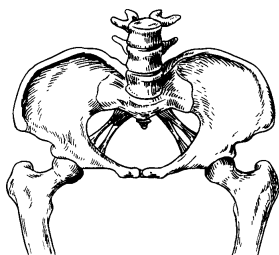
1. Chanoq kirish qismining to‘g‘ri o‘lchami kam bo‘ladi.

2. Kichik chanoq kirish qismining shakli o'zgargan bo'ladi (buyrak shakliga o'xshash).

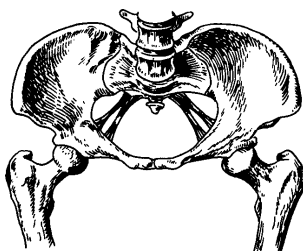
3. Chanoq suyaklari deformatsiyasi kuzatiladi.

4. Chanoq chiqish qismi kirish qismiga nisbatan keng bo'ladi.

Umumiy toraygan yassi chanoq. Chanoqning hamma o'lchamlari toraygan, ammo to'g'ri o'lchamlari boshqa o'lchamlariga nisbatan ko'proq toraygan (122-rasm). Odatda chanoq kirish qismining to'g'ri o'lchami (chin konyugata) boshqa o'lchamlariga nisbatan ko'proq qisqargan.



121-rasm. Raxitik yassi chanoq.



122-rasm. Umumiy toraygan yassi chanoq.

Bolalik davrida bir yo'la ikkita patologik jarayon: infantilizm va raxit bilan og'rikan ayollarda ko'proq uchraydi. Uning xususiyatlari ham shundan kelib chiqadi: chanoq umuman tor, bundan tashqari to'g'ri o'lchamlari ko'proq torayganligi uchun yassilangan. Umumiy toraygan yassi chanoq tug'ruqni qiyinlashtiradi.

TOR CHANOQNI ANIQLASH

Tor chanoq o'z vaqtida aniqlansa, tug'ruq vaqtida, ba'zan esa homiladorlik oxirida ham ro'y beradigan ko'ngilsiz hodisalarning oldi olinadi. Chanoq keskin darajada torayganda esa, kesar-kesish operatsiyasi haqida ogohlantiriladi.

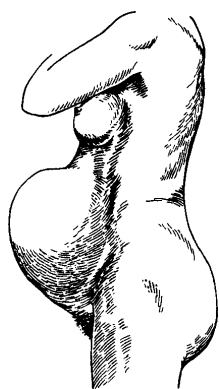
Tor chanoqni aniqlash uchun anamnez bilan tanishiladi, ayol tanasi ko'zdan kechiriladi, chanog'i o'lchanadi, qin orqali tekshirish o'tkaziladi.

Anamnez ma'lumotlaridan raxit, suyak va bo'g'imlar sili, infantilizm, chanoq hamda oyoq suyaklarining singanligi va shu kabilar haqidagi ma'lumotlar alohida ahamiyatli.

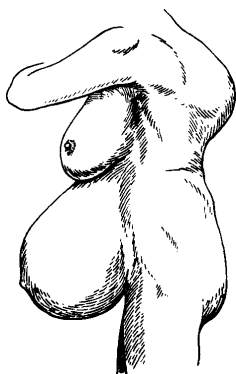
Ayol tanasi ko'zdan kechirilganda, chanoqning torligini ko'rsatuvchi muhim ma'lumotlar olinadi. Ayolning past bo'yligi, in-

fantilizm belgilari, skeletning raxitik o'zgarishlari, chanoq-son bo'g'imining ankilozlari, son suyagi chiqqanligi chanoq tor deb taxmin qilinishiga imkon beradi.

Tor chanoqni aniqlash uchun Mixaelis rombinig shakli ahamiyatli. Normal chanoqda romb to'g'ri shaklda, yassi raxitik chanoqda rombnig yuqori yarmi pastki yarmidan kichikroq bo'ladi, chanoq raxitda anchagina deformatsiyalangan bo'lsa, romb deyarli uchburchak shaklida bo'ladi. Umuman, tekis toraygan chanoqda romb uzunasiga cho'zilgan: yuqori va pastki burchaklari o'tkir, yon burchaklari o'tmas bo'ladi.



123-rasm. O'tkir uchli qorin.



124-rasm. Osilib tushgan qorin.

Chanoq ro'y-rost tor bo'lsa, homilador ayol homiladorlik oxirida homila boshi chanoq og'ziga kira olmay, tug'ruq boshlanguncha ancha yuqorida turadi, shu sababli homiladorlik oxirida bachadon tubi pastga tushmaydi. O'sayotgan bachadon qorin bo'shlig'iga sig'may qoladi (ayol bo'yi past bo'lsa, bachadon kaltalangan bo'ladi) va qovurg'alar ostidan yuqoriga hamda oldinga buriladi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarning qorin devori elastik bo'lganidan qorin o'tkir uchli bo'ladi (123-rasm), ko'p tuqqan ayollarning qorni osilib tushadi (124-rasm). Ayol ko'zdan kechirilganda suyakning yo'g'onligiga e'tibor beriladi, bu esa chanoq suyaklarining yo'g'onligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Shu maqsadda bilak kaft usti bo'g'imining hajmi, ya'ni Solovyev indeksi o'lchanadi. Shu bo'g'imning hajmi 14 sm dan ortiq ekanligi skelet suyaklarining, shu jumladan chanoq suyaklarining qalinligini ko'rsatadi.

Chanoqni o'lchashning alohida ahamiyati bor. Katta chanoq o'lchamlari kichik chanoq o'lchamlari haqida muayyan tasavvur beradi. Diagonal konyugata chanoqning torayish darajasini aniqroq ko'rsatadi. Shuni nazarda tutib, hamma homiladorlar va tug'uvchi ayollarning diagonal konyugatasi, albatta, o'lchanadi. Shu maqsadda qin orqali tekshirish o'tkazilib, dumg'aza yassilanganligi va chanoqning boshqa

deformatsiyalari bor-yo'qligi bilinadi, chanoqning sig'imi taxminan aniqlanadi, dumg'aza burni paypaslab topiladi va uni barmoq bilan paypaslab bo'lsa, diagonal konyugata o'lchanadi.

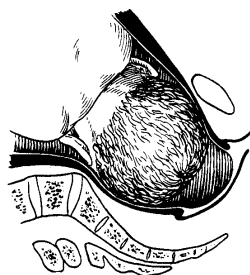
Chanoqdan chiqish teshigi toraygan, degan gumon tug'ilsa, bu teshikning **to'g'ri** va **ko'ndalang** o'lchamlari o'lchanadi. Chanoq o'lchamlarinigina emas, qorindagi homilaning kattaligini ham bilish tug'ruq uchun zarur. Shu maqsadda homilaning uzunligi va boshining peshona-ensa o'lchami qorin devori orqali tazomer bilan o'lchanadi.

TOR CHANOQDA HOMILADORLIKNING KECHISHI

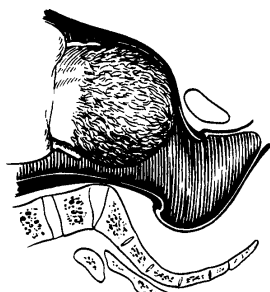
Tor chanoqda homiladorlikni birinchi yarmi bemalol o'tadi, ikkinchi yarmida esa kech gestozlar ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik oxirida homila boshi chanoqning tor og'ziga suqilmaydi, bachadon tubi balandda bo'lib, diafragmani yuqoriga surib yuboradi. Shu sababli homilador ayol ko'pincha halloslaydi, yurak urishi tezlashadi, tez charchaydi.

Homila boshi chanoq og'ziga kira olmagandan homila ortiqroq harakatchan bo'ladi. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlari, chanoq tomonining oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchrashiga sabab shu. Homila boshi harakatchan bo'lganidan, yozilib oldinda yotadi: homila boshi tepasining, yuzining va peshonaning oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchraydi. Homila boshining asinklitik suqilishi kuzatiladi, bunga qorinning osilib tushganligi ham sabab bo'ladi.

Homila boshi harakatchan bo'lsa, tegish belbog'i vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmaydi, qog'onoq suvi homilaning pastki qutbiga intiladi (125- va 126-rasmlar). Shu sababli tor chanoqda qog'onoq suvlari ko'pincha barvaqt ketadi.



125-rasm. Normal chanoqda homila boshi chanoq og'ziga suqilib qog'onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi.



126-rasm. Tor chanoqda homila boshi chanoq og'zining ustida uzoq vaqt turadi; oldingi va orqa suvlar chegaralanmaydi.

Chanog'i tor homiladorlar ayollar maslahatxonasida maxsus hisobga olinib, sinchiklab kuzatib turiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida bandaj tutish shart. Homiladorlik yaxshi o'tganda ayol tug'ishdan 2–3 hafta oldin tug'ruqxonaga yuboriladi.

TOR CHANOQDA TUG'RUQNING KECHISHI

Chanoq torayishining 3–4-darajalarida yetuk tirik homilaning tug'ilishi mumkin emas. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bachadon yorilib, septik infeksiya yoki boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berib, ona va homila nobud bo'ladi.

Chanoq birinchi va ikkinchi daraja tor bo'lganida, homilaning o'rtacha kattalikda bo'lishi, homila va uning oldinda keluvchi qismining to'g'ri joylashgan bo'lishi, homila boshining yaxshi konfiguratsiyalana olishi katta ahamiyatga egadir.

Homilaning oldinda keluvchi qismi to'g'ri joylashsa, tug'ruq normal o'tadi va hech qanday og'ir holat ro'y bermaydi. Yuqorida aytib o'tilgan qulay sharoitlardan birontasi bo'lmay, chanoq sal toraygan bo'lsa ham, tug'ruqning normal kechishi izidan chiqishi, tug'ruq vaqtida turli og'ir holatlar ro'y berib, uning patologik holatga aylanishi, ona va homila hayoti uchun xatarli bo'lishi mumkin.

Chanoq tor bo'lganda bunday asoratlar tug'ruqning turli davrlarida ro'y berishi mumkin. Chanog'i tor, infantil ayollarda tug'ruq jarayoni ancha qiyin kechadi. Homila boshining surilishiga chanoq suyaklari to'sqinlik qilganligi sababli, ularning kuchi tez sarflanadi, natijada tug'ruq cho'zilib ketadi, tug'ruq dardining birlamchi sustligi vujudga keladi. Bachadon bo'yni to'la ochilmasdan yoki to'la ochilgan bo'lishiga qaramay, homilaning oldinda keluvchi qismining taqalish kamari bo'lmasdan qog'onoq suvi ketib qolsa, kindik tizimchasi, homila qo'li (homila ko'ndalang yotganda) qinga tushishi mumkin. Bu tug'ish jarayonini yanada og'irlashtiradi. Suv-siz davr qancha uzoq davom etsa, homila asfiksiyasiga, ona va homilaning yuqumli zararlanishiga qulay sharoit yaratiladi. Onada endometrit avj oladi.

Tor chanoqda homilaning tug'ilish davrida eng ko'p qiyinchiliklar ro'y beradi. Homila boshi kichik chanoq og'zining ustida uzoq turadi; avvaliga harakatchan bo'ladi, keyin chanoq og'ziga taqalib, hajmi chanoq o'lchamlariga mos kelsa, kichik segmenti

bilan sekin-asta suqiladi. Chanoq og'ziga suqilgan homila boshi zo'r berib, dard tutganida anchagina konfiguratsiyalanadi, shu jarayonda tor chanoqning shakliga moslashib, tug'ruq yo'llaridan o'tishi mumkin.

Homilaning tug'ilish davri aksari cho'zilib ketadi. Homila tor chanoq halqasidan o'tishi uchun dard va to'lg'oq qattiqroq tutishi kerak. Homilaning tug'ilishi anchagina to'sqinlikka uchrasa, dard va to'lg'oq behad qattiq tutib, bachadonning pastki segmenti o'ta cho'zilishi mumkin. Homila boshi chanoqqa sig'masa, bachadon yorilishi mumkin. Ba'zida dard va to'lg'oq qattiq tutganidan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi boshlanadi: to'lg'oq tutmay qo'yadi, homila nobud bo'ladi, tug'ruqda endometrit avj oladi, keyinchalik esa og'ir septik kasalliklar ro'y beradi.

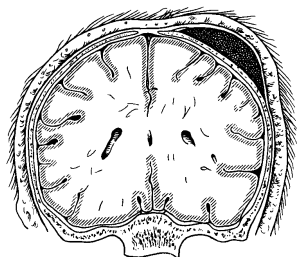
Homila boshi chanoq og'zida yoki chanoq bo'shlig'ida uzoq turganida, tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi o'rtasida qisilib qoladi. Yumshoq to'qimalar qisilib qolganida ularda qon aylanishi buziladi: bachadon bo'yni, qovuq devorlari, keyinchalik qin va tashqi jinsiy a'zolar ko'karadi va shishib ketadi. Qovuq va uretraning qisilib qolishi sababli siydik kelmay qoladi. Yumshoq to'qimalar uzoq qisilib, qon aylanishi buzilganicha qolaversa, nekroz boshlanadi. Yumshoq to'qimalarning nekrozga uchragan qismlari tug'ruqdan keyin 5–7-kuni ko'chib tushadida, siydik-tanosil oqmalari yoki ichak-qin oqmasi vujudga keladi.

Bachadon bo'ynining shishganligi va siydik kelishining qiyinlashganligi yumshoq to'qimalarning qisilganligidan darak beradi: siydikka qon aralashib kelishi oqma hosil bo'lishi mumkinligini ko'rsatuvchi tahlikali belgidir. Nervlar qisilib, oqibatda oyoq mu-shaklarining parezi ro'y berishi mumkin.

Homila boshining chanoqdan o'tishi ancha qiyinlashganda, ba'zan simfiz zararlanadi: tuqqan ayol oyog'ini qimirlatganda og'riq sezadi, bemalol qadam tashlab yura olmaydi; simfiz paypaslanganda og'riq seziladi, uning yoriqligi paypaslab bilinadi.

Tor chanoqda homila ko'pincha ko'ngilsiz hodisalarga uchraydi. Tug'ruqning uzoq davom etishi va tug'ruq kuchlarining anomaliyasi ko'p uchrashi sababli, bachadon bilan platsenta o'rtasida qon aylanishi buzilib, homila asfiksiyasi ro'y berishi mumkin. Asfiksiya oqibatida homilaning miyasiga va boshqa a'zolariga qon quyiladi. Homila boshi qattiq qisilganda va kalla suyaklari chokidan ortiqcha

siljiganda miyaga qon quyilishi mumkin. Qon tomirlarining yorilishi natijasida bir yoki ikkala tepa suyak terisi ostiga qon quyilishi (kefalogramatoma paydo bo'lishi) mumkin (127-rasm). Odatda katta tug'ruq o'smasi paydo bo'ladi, ba'zan kalla suyaklari yorilishi mumkin (128-rasm).



127-rasm.
Kefalogematoma.

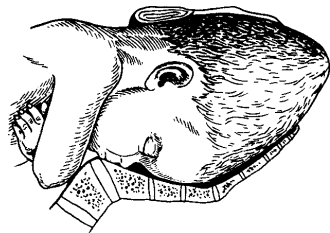


128-rasm. Kalla suyagining pachoq bo'lishi (tor chanoqdagi tug'ruq).

TOR CHANOQDA TUG'RUQ MEXANIZMI

Chanoqning torayish shakliga qarab tug'ruq mexanizmi o'z xususiyatlariga ega bo'ladi.

Umumiy tekis toraygan chanoqda tug'ruq mexanizmi. Bunday chanoqlarda tug'ruq mexanizmi normal o'lchamli chanoqdagiday o'tib, lekin, har bir lahza o'zining xususiyatlariga ega. Faraz qilaylik chanoqning barcha o'lchamlari 2 sm ga toraygan, chin konyugata 9 sm ga, ko'ndalang o'lcham 11 sm ga, qiyshiq o'lchamlar esa 10 sm ga teng bo'ladi. Bu holatda yetilgan homilaning boshi chanoq kirish tekisligidan o'tishda quyidagi harakatlarni sodir etadi:



129-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoqda homila boshining suqilib kirishi (boshning keskin bukilib va keskin konfiguratsiyasi).

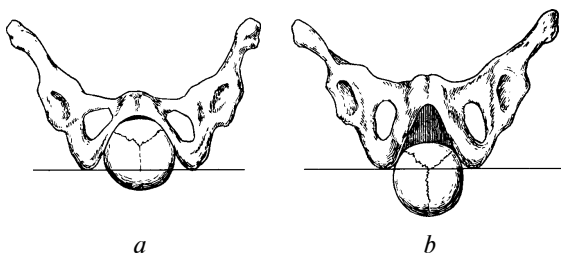
1. Homila boshi chanoqqa kirish tekisligida maksimal darajada egiladi, shu holatda o'q-yoysimon chok chanoq kirish tekisligining u yoki bu qiyshiq o'lchamlaridan biriga to'g'ri keladi.

2. Chanoqning barcha o'lchamlari 2 sm ga torayganligi sababli (chin konyugata 9 sm ga teng, homila boshining ko'ndalang o'lchami — diametr biparietalis esa 9,5 sm ga teng) homila boshi chanoq kirish tekisligida uzoq qolib ketadi va keskin konfiguratsiyaga uchraydi

(dolixosefalik konfiguratsiya). Uning chanoq kirish tekisligida bo'lishiga qaramasdan qin orqali tekshirganda go'yoki chanoq bo'shlig'ida yoki chiqish qismida joylashgandek tuyuladi. Bu holatni birinchi bor Rederer ta'riflaganligi uchun Rederer asinklitizmi deyiladi (129-rasm).

3. Homila boshi egilgan holda kichik chanoqning keng qismiga o'tadi va qolgan tug'ruq biomexanizmi odatdagidek kechadi.

4. Qov ravog'i o'tkir burchakli bo'lganligi sababli, homila boshi yozilishida ensa do'mbog'i qov ravog'iga yaqin kelmasdan, oraliq cho'zilishi va yirtilish holatlari odatdagidan ko'proq uchraydi (130-rasm. a, b).



130-rasm. Normal va umumiy tekis toraygan chanoqda homila boshining yorib chiqishi:

a—normal chanoqda; ensa osti chuqurchasi qov ravog'iga tiraladi; *b*—umumiy tekis toraygan chanoqda; homila ensasi o'tkir burchakli qov ravog'iga taqalmaydi; bosh orqaga siljib, oraliqni cho'zadi.

TOR CHANOQDA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni boshqarish akusherlikda eng qiyin va asosiy masalalardan biri bo'lib hisoblanadi. Tug'ish jara-yonida operatsiya yo'li bilan tamomlashni talab qiladigan turli va juda ko'p og'ir holatlarni uchratish mumkin, binobarin, homiladorning chanog'i anotomik jihatdan tor bo'lsa, albatta uni tug'ishdan 10–15 kun ilgari vrach nazorati uchun statsionarga yotqizish kerak.

Chanoq anatomik jihatdan birinchi va ikkinchi darajada tor bo'lganda, homila katta bo'lmasa, dard va to'lg'oq normal bo'lsa, homila boshi yaxshi konfiguratsiyalansa, tug'ruq osoyishta kuzatish yo'li bilan olib boriladi. Ona va homila uchun og'ir holatlar ro'y berib qolsa, darrov operatsiya qilishga to'g'ri keladi. Tug'ruqning holatini boshidan aniqlash uchun homilaning boshi va ona chanog'i o'rtasidagi munosabatni, tug'ruq faoliyati, bosh konfiguratsiyasining xususiyatini bilgan holda, diagnostikaning hamma usullarini qo'llash kerak. Bunday vaqtlarda tug'ruqning kechishiga,

ona va homilaning umumiy holatiga qarab tug'dirish usullaridan birontasi tanlanadi.

Chanoq 3–4-darajali tor bo'lganda tug'ruqni amalga oshirish mumkin emas, bunday hollarda kesar-kesish operatsiyasini qo'llash lozim. Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni to'g'ri boshqarish uchun chanoqni nihoyatda to'g'ri o'lchash, Mixaelis rombini ko'zdan kechirish, umumiy akusherlik anamnezini mukammal yig'ish, qin orqali o'lchash usuli bilan diagonal konyugatani, chanoq kirish qismining to'g'ri o'lchamini, bachadon bo'ynining va homila boshining oldin kelish holatini aniqlash mumkin.

Qog'onoq pufagining vaqtidan ilgari yorilishini oldini olish maqsadida, tor chanoqning shakliga qarab, homiladorni bir yon-boshiga yotqiziladi.

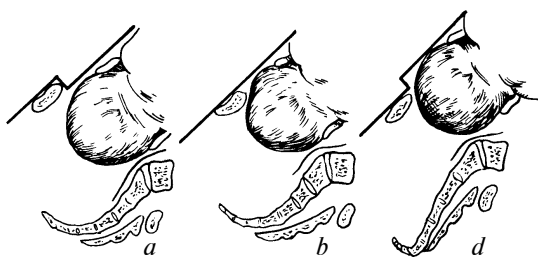
Umumiy tekis toraygan chanoqda birinchi pozitsiyada ayolni chap yoniga, ikkinchi pozitsiyada o'ng yoniga (kichik liqildoq turgan tomonga), yassi chanoqda esa katta liqildoq turgan tomonga yotqiziladi. Tug'ayotgan ayolning bunday holatda yotishi homila boshining chanoqqa suqilishiga imkon beradi.

Chanoq tor bo'lganda tug'ruq uzoq davom etib, bu tug'ayotgan ayoldan ko'p kuch sarflashni talab qiladi va uni charchatadi. Shuning uchun, tug'ayotgan ayolning umumiy holatini tekshirib turish, unga zarur ovqatlar (achchiq choy, kofe, sut, qaynatma sho'rva, har xil mevalar) berish, tana harorati va tomir urishini kuzatib turish, qovuq va to'g'ri ichakning bo'shatilishini tekshirib, qon bosimni o'lchab turish lozim. Homilaning yurak urishini ham kuzatib turish zarur.

Dardning kuchi va qaytalanish tezligiga qarab tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritiladi.

Homila boshi bilan ona chanog'ining mos kelmasligini aniqlash uchun Vasten belgisi (131-rasm) va Sangemeyster o'lchamidan foydalanish mumkin.

Tug'ruq faoliyati sust, homilaning bosh suyaklari qattiq bo'lsa, tug'ruq uzoq cho'ziladi, bunday hollarda akusherlik operatsiyasidan foydalaniladi. Homila boshi bilan ona chanog'i bir-biriga ancha mos kelmasa, suv ketganidan keyin tug'ruq 3–4 soat davomida mustaqil o'tmasa, kesar-kesish operatsiyasi qo'llaniladi (agar Vasten belgisi musbat, homila tirik bo'lsa, bunda so'zsiz kesar-kesish operatsiyasini qilish lozim). Homila o'lik, gidrotsefaliya bo'lsa, bunda homilani yemirish operatsiyasi qo'llaniladi.



131-rasm. Vasten belgisi: *a*—Vasten belgisi manfiy (chanoq va homila boshining o'lichamlari mos); *b*—Vasten belgisi teng (chanoq va homila boshining o'lichamlari salgina mos kelmaydi); *d*—Vasten belgisi musbat (chanoq va homila boshining o'lichamlari aniq mos emas).

FUNKSIONAL (KLINIK) TOR CHANOQ

Funksional tor chanoq deb, tug'ruq paytida homila boshi o'lichamlarining homilador ayol chanog'i o'lichamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Tug'ruqning o'z-o'zidan kechishi yoki operatsiya aralashuvlari yordamida kechishidan qat'i nazar, homila o'lichamlariga to'g'ri kelmaydigan har bir holat funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

Funksional jihatdan tor chanoq umum tug'ruqlarga nisbatan 1,5–2,5% hollarda uchraydi. Funksional jihatdan tor chanoqda tug'ruqning kechishi homilador ayol chanog'i bilan homila boshi o'lichamlarining bir-biriga mos kelmasligiga bog'liq. Tor chanoqda ko'pincha tug'ruq cho'zilib ketadi, qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi, homila kindigining tug'ruq yo'llaridan chiqib qolishi, normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi, homila asfiksiyasi, jarohatlar uchrab turadi. Homilador ayol chanog'ining funksional torligini isbotlovchi belgilar quyidagicha: bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lib, tug'ruq kuchlari yaxshi bo'lishiga qaramay, homilaning tug'ruq yo'llaridan sust harakatlanishi yoki ilgari harakatning bo'lmasligi, Vasten belgisining musbatligi va Sange-meyster o'lchamining tashqi konyugatadan kattaligi, siydik pufagining siqilishi, bachadon devorining yorilish xavfi belgilari paydo bo'lishi va boshqalar kiradi.

Homila boshi chanoq kirish qismiga suqilgandan keyin **Vasten belgisi** aniqlanadi. Tekshiruvchi qo'lining bir kaftini simfiz yuzasiga, ikkinchisini esa oldinda yotgan homila boshi sohasiga qo'yiladi:

1. Homila boshining oldingi yuzasi simfiz sathidan baland bo'lsa, ya'ni uning ustiga qo'yilgan qo'l simfizga qo'yilgan qo'lga nisbatan balandda joylashsa, homila boshi chanoqqa mutlaq to'g'ri kelmasa, Vasten belgisi musbat;

2. Homila boshi chanoqqa qisman to'g'ri kelmasa, homila boshining oldingi yuzasi sathi simfiz bilan bir tekis tursa, Vasten belgisi baravar;

3. Homila boshi chanoqqa mos kelsa, homila boshining oldingi yuzasi simfizga nisbatan past sathda bo'lsa, Vasten belgisi manfiy hisoblanadi.

Sangemeyster o'lchami – homila boshining oldingi yuzasi va Mixaelis rombining yuqori burchagi orasidagi masofa. Bu o'lcham tazomer yordamida o'lchanadi. Sangemeyster o'lchami tashqi konyugata bilan solishtiriladi. Odatda tashqi konyugata, ya'ni simfizning yuqori qirrasidan Mixaelis rombining yuqori burchagigacha bo'lgan masofa 20–21 sm ga teng bo'ladi.

Sangemeyster o'lchami quyidagicha aniqlanadi: ayol yoni bilan yotqizilib, avval tashqi konyugata o'lchanadi, so'ngra tazomerning oldingi tugmachasi simfizdan homila boshining oldingi yuzasining turtib chiqqan nuqtasiga ko'chiriladi (orqadagi tugmacha joyida turadi). Homila boshi chanoqqa mos kelgan taqdirda, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugatadan 3–4 sm kam bo'ladi. Homila boshi chanoqqa qisman mos kelmaganda, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugata bilan teng bo'ladi. Homila boshi chanoqqa mutlaq mos kelmasa, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugatadan katta bo'ladi.

Funksional jihatdan tor chanoq homila boshi va chanoq o'lchamlarining mos kelmasligi jihatidan 3-darajaga bo'linadi (Kolganova bo'yicha).

1-darajasi funksional tor chanoq kuzatilganda: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilishi xususiyatlari normal tug'ruq mexanizmiga mos bo'ladi, homila boshi yaxshi konfiguratsiyalanadi. Vasten belgisi manfiy, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugatadan kam, tug'ruq kuchi normal bo'lib, tug'ruq 2–4 soatga cho'ziladi. Ko'pincha bu darajasi tug'ruq paytida aniqlanishi qiyin.

2-darajali funksional tor chanoq (nisbiy mos kelmaslik) belgilari: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari anatomik tor chanoq shakliga mos keladi, homila boshi keskin konfiguratsiyalanadi, homila boshi kichik chanoq tekisliklarida uzoq turib qoladi, siydik pufagining qisilishi, Vasten belgisi “baravar”, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugata o'lchamiga teng bo'lishi, tug'ruq kuchlarining susayishi, ko'pincha to'lg'oq sustligi bilan ifodalanadi. Tor chanoqning bu shakli funksional tor chanoqlarning 40% ni tashkil qiladi. 20% hollarda ayollar o'zlari mustaqil ravishda

tug'ishi, qolgan 80% hollarda u yoki bu turdagi akusherlik operatsiyalari yordamida tug'diriladi (kesar kesish operatsiyasi, vakuum ekstraksiya, kraniotomiya va h.k.).

3-darajali funksional tor chanoq (mutlaq mos kelmaslik); bunday holda tug'ruq biomexanizmi chanoq torayish shakliga xos emas, boshning konfiguratsiyasi sezilarli emas yoki butunlay kuzatilmaydi, Vasten belgisi musbat, Sangemeyster o'lchami tashqi konyugatadan katta, siydik pufagining qisilish belgilari namoyon bo'ladi, bachadon bo'yni to'liq ochilmasdan to'lg'oq boshlanadi. Tug'ruq kuchlari normal, bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lishiga qaramay homilaning ilgariharakatlarini sust yoki umuman yo'q, bachadon yorilish xavfi belgilari paydo bo'ladi (bachadon qum soati shakliga kiradi, kontraksion halqa kindikdan ancha yo'qorida va qiyshiq joylashadi, ayollarda o'limdan qo'rqish hissi paydo bo'ladi, qorin sohasining pastki qismida kuchli og'riq seziladi).

Funksional tor chanoqning bu darajasida tug'ruq faqat kesar-kesish operatsiyasi yordamida amalga oshiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Tor chanoqlar tasnifi.
2. Tor chanoqni aniqlash.
3. Tor chanoqda homiladorlikning kechishi.
4. Tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlari.
5. Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish.
6. Funksional tor chanoq, tasnifi, aniqlash va tug'ruqni boshqarish.

XXIII BOB. YO‘LDOSH TUSHISH DAVRI VA ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISHI TERMINAL HOLATLAR

YO‘LDOSH TUSHISH DAVRIDA QON KETISHI

Bachadon bo‘yni ochiladigan va homila tug‘iladigan davrlarga nisbatan yo‘ldosh tushish davrida ko‘ngilsiz hodisalar ko‘proq uchraydi. Yo‘ldosh tushish davrida ko‘proq kuzatiladigan va xavfli hodisa — qon ketishidir.

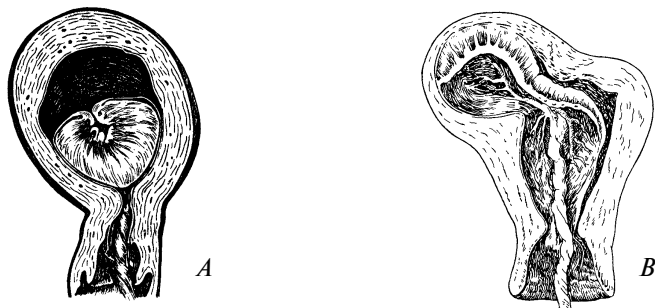
Yo‘ldosh tushish davrida hamisha qon ketadi, lekin yo‘ldosh normal ko‘chib tushganda ayol, ko‘p deganda, 250 ml qon yo‘qotadi. Yo‘ldosh ko‘chgandan keyin bachadon qisqaradi. Natijada: 1) ko‘chgan yo‘ldosh bachadondan tushadi; 2) bachadonning qonayotgan tomirlari qisilib, qon oqishi to‘xtaydi.

Bachadonning qisqaruvchanligi yetarli bo‘lmasa, platsentaning ko‘chish jarayoni buziladi: platsenta batamom ko‘chmay, qisman ko‘chadi. Platsenta batamom ko‘chmaguncha bachadon qisqarmaydi, platsenta ko‘chgan joydagi tomirlar ochiq turaverib, ulardan qon oqadi.

Platsenta bachadon devoridan ko‘chsa-yu, bachadon bo‘shlig‘ida qolaversa ham qon ketadi. Yo‘ldosh bachadon bo‘shlig‘ida turganda muskullar yaxshi qisqarmaydi, bachadon tomirlari yetarlicha qisilmaydi, natijada qon ketishi davom etaveradi. Tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalar: bachadon bo‘yni, qin va oraliq to‘qimalarning yirtilishi yo‘ldosh tushadigan davrda qon ketish manbayi bo‘lib hisoblanadi. Ammo yo‘ldosh tushadigan davrda qon ketishi ko‘pincha yo‘ldoshning bachadon devoridan ko‘chish va bachadondan chiqish jarayonining buzilishiga aloqador bo‘ladi.

Yo‘ldoshning ko‘chishi va bachadondan chiqish jarayoni buzilib qon ketishi bir qancha sabablarga bog‘liq, ularga quyidagilar kiradi.

1. Bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishi.
2. Yo‘ldosh tushadigan davrning noto‘g‘ri boshqarilishi (132-rasm, *a*).
3. Platsentaning bachadonda noto‘g‘ri joylashuvi (132-rasm, *b*).
4. Platsentaning bachadonga soxta va chin yopishishi (*placenta adherens et accreata seu increata*).



132-rasm. *A* – bachadon bo‘ynining spazmi, platsentaning qisilib qolishi. *B* – platsentaning bir qismi nay burchagiga yopishgan joyidan ko‘chmay qolishi.

Davosi. Qon ketishini darhol to‘xtatish va kamqonlikka qarshi kurash choralarini ko‘rish kerak. Bachadon bo‘shagandan keyingina qisqarib, qon ketishi to‘xtashi mumkin. Shu sababli yo‘ldoshni bachadon bo‘shlig‘idan ustalik bilan tez chiqarish zarur. Platsenta ko‘chgan bo‘lsa, tashqi amallar bilan chiqariladi. Platsenta ko‘chmagan bo‘lsa, tashqi amallar natija bermasligi mumkin, shu sababli bachadon bo‘shlig‘iga qo‘l suqib yo‘ldoshni ko‘chirishga to‘g‘ri keladi.

Qon keta boshlaganda yo‘ldoshning ko‘chish belgilarini darhol tekshirib ko‘rish kerak. Platsenta ko‘chgan (ko‘chish belgilari musbat) bo‘lsa, darhol Abuladze yoki Krede usulida chiqariladi.

Platsentaning ko‘chish belgilari bo‘lmasa, narkoz berib, yo‘ldoshni Krede usulida siqib chiqarishga urinib ko‘riladi. Krede usulining natija bermasligi, ba‘zan bachadon bo‘yni ichki teshigining spazmiga bog‘liq bo‘ladi (spazm ko‘chgan yo‘ldoshning chiqishiga to‘sqinlik qiladi). Bunday hollarda narkoz spazmni bartaraf qiladi va yo‘ldoshni siqib chiqarsa bo‘ladi. Narkoz berib Krede usulini qo‘llash natija bermasa, yo‘ldosh qo‘lda ko‘chiriladi.

Mustaqil ishlayotgan akusher narkoz berish usulini qo‘llamaydi; u narkoz bermasdan, Krede usulida urinib natija olmagach, yo‘ldoshni qo‘lda ko‘chirishga darhol kirishadi.

PLATSENTANI QO‘LDA KO‘CHIRISH VA TUSHIRISH

Platsentani (yoki uning bachadonda ushlanib qolgan qismlarini) ko‘chirish va tushirish maqsadida bachadon bo‘shlig‘iga qo‘l suqish infeksiya kirishi jihatdan hamisha xavflidir. Bachadonga su-

qiladigan qo'lga vulva va qin mikroflorasi tushishi muqarrar; bachadonga qo'l bilan kirgan mikroblar bachadonning keng jarohat yuzasi bo'lgan ichki yuzasidagi ochiq qon tomirlariga va limfa yo'llariga o'tadi. Shu sababli platsenta qo'lda ko'chirilgach va bachadon bo'shlig'i qo'lda tekshirilgach, ko'pincha chillada septik kasalliklar paydo bo'ladi. Modomiki shunday ekan, platsentani qo'lda ko'chirish va tushirish jiddiy chora bo'lib, maxsus ko'rsatmalarga muvofiq va aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilib o'tkaziladi.

Platsentani qo'lda ko'chirish va tushirishga quyidagilar ko'rsatma hisoblanadi: a) yo'ldosh tushish davrida qon ketishi — yo'ldoshni tashqi amallar bilan tushirib bo'lmasa; b) yo'ldoshning bachadonda 2 soatdan ortiq turishi — uni Abuladze va Krede usulida tushirib bo'lmasa. Yo'ldosh bachadonda uzoq ushlanib qolganda qon ko'p ketmasa ham qo'lda ko'chiriladi va tushiriladi.

Platsenta tushgach: a) platsenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi; b) platsentaning butunligiga shubha tug'ilishi bachadonni qo'lda tekshirishga ko'rsatma hisoblanadi.

Texnikasi. Tug'uvchi ayol ko'ndalang krovatga yotqiziladi, qovug'i bo'shatiladi. Tashqi jinsiy organlar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi. Qo'l sinchiklab yuviladi va dezinfeksiya qilinadi, qo'l panjasiga steril vazelin moyi ko'plab surtiladi. Operatsiya efir narkozi bilan qilinadi; akusher vrach bo'lmaganda, yordam berishga majbur bo'lgandagina bu operatsiyani qilishga yo'l qo'yiladi.

Jinsiy yoriq chap qo'lda keriladi, konus shaklida yig'ilgan o'ng qo'l («akusher qo'li») qinga, so'ngra bachadonga suqiladi. Qo'l qindan o'tayotganda orqa (dorzal) yuzasi dumg'azaga qaragan bo'ladi. O'ng qo'l bachadon bo'ynining teshigiga, suqilayotgan paytda chap qo'l bachadon tubiga ko'chiriladi.

Bachadon bo'yni teshigining shishgan chekkasini platsenta chekkasi deb o'ylab yanglishmaslik uchun qo'l kindik bo'ylab kiritiladi. Kindik bo'ylab kiritilayotgan qo'l platsentaga yetgach, uning chekkasini topish kerak (platsenta ko'chgan bo'lishi mumkin). So'ngra qo'l platsenta bilan bachadon devori orasiga kiritilib, qo'lning arralagansimon harakatlari yordamida butun platsenta sekin-asta ko'chiriladi; shu payt tashqaridagi qo'l bachadon tubiga avaylab bosib, ichkaridagi qo'lga yordam berib turadi (133-rasm). Platsenta ko'chirilgach, bachadonning pastki segmentiga keltiriladi va chap qo'lda kindikdan ushlab tortib olinadi. Bachadonda qolgan o'ng qo'l esa

platsenta zarralarining ushlanib qolish ehtimolini to'la-to'kis bartaraf qilish uchun bachadonning ichki yuzasini yana bir marta sinchiklab tekshiradi. Yo'ldosh to'la ko'chirilgach, bachadon devorlari silliq, faqat platsentar maydoncha qisman g'adir-budur bo'ladi, chunki unda desidual parda parchalari qolishi mumkin.

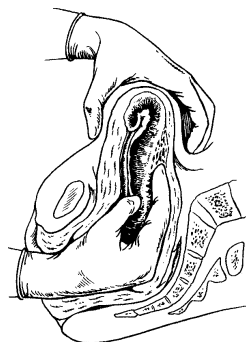
Bachadon devorlari nazorat maqsadida tekshirilgach, bachadon ichiga yod surtib, qo'l bachadon bo'shlig'idan chiqarib olinadi. Tug'uvchi ayolning terisi ostiga 1 ml ergotin, 1 ml pituitrin yuboriladi, qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi; anemiya bo'lsa, qon, plazma yoki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Qon ketishi davom etaversa, qon oqishini to'xtatish uchun navbatdagi choralar ko'riladi.

Platsenta qo'lda ko'chirilguncha chilladagi infeksiya avj olishiga moyil bo'ladigan ko'ngilsiz hodisalar qayd qilingan (tug'ruq cho'zilib ketgan, suvsiz davr uzoq davom etgan, tug'ruqda endometrit belgilari paydo bo'lgan va hokazo) bo'lsa, tuqqan ayolga 2–3 kun mobaynida sutkasiga 4–5 mahal 1 g dan norsulfazol yoki boshqa sulfanilamid preparatlar ichirish tavsiya etiladi, Muskul orasiga 2–3 kun mobaynida har 3 soatda 50000–100000 birlikdan penitsillin yoki boshqa antibiotiklar yuborish mumkin.

Platsentani yoki uning bachadonda qolgan qismlarini qo'lda ko'chirish aksari qiyin bo'lmaydi. Platsenta chinakamiga yopishib qolganda vorsinkalar bachadon devoriga o'sib kirganligi uchun uni qo'lda ko'chirib bo'lmaydi. Bunday hollarda platsentani zo'rlik bilan ko'chirish oqibatida bachadon teshilib, ayol halok bo'lishi mumkin. Platsenta chinakamiga yopishib qolganda bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi. Shu sababli bunday hollarda mustaqil ishlayotgan akusher bachadonni tamponlab, tezlik bilan vrach chaqiradi yoki tug'uvchi ayolni tug'ruqxonaga olib boradi.

ILK CHILLA DAVRIDA (TUG'RUQDAN KEYINGI DASTLABKI SOATLARDA) QON KETISHI

Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi kabi, yo'ldosh tushgandan keyin qon ketishi ham akusherlik patologiyasining ko'p uchraydigan turiga kiradi.



133-rasm. Yo'ldoshni qo'lda ko'chirish.

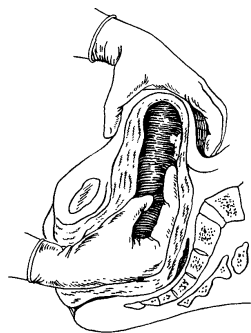
Tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda (ilk chilla davrida) qon ketishi quyidagi sabablarga bog'liq:

1. Platsenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi.
2. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi.
3. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishi.
4. Qon ivish tizimining buzilishi.

Profilaktikasi. Yo'ldosh tushish davrini to'g'ri boshqarish, tushgan yo'ldoshni sinchiklab ko'zdan kechirish va tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini shikastlanishdan saqlash kerak. Akusher gipotonik qon oqish ehtimolini (infantilizm, qog'onoq suvining ko'pligi, egiz homiladorlik, fibromioma va hokazo) oldindan ko'rish va oqayotgan qonni to'xtatishga hamda kamqonlikka qarshi kurash uchun zarur narsalarning hammasini oldindan tayyorlab qo'yish kerak.

Davosi. Qon ketishga qarshi kurashning muvaffaqiyati shu dahshatli hodisaning sababini bartaraf etishga bog'liq. Modomiki shunday ekan, avvalo qon ketish sababini aniqlash va shunga qarab ish ko'rish kerak.

Bachadon bo'yni, qin yoki tashqi jinsiy organlarning yirtilganligi qon ketish manbayi bo'lsa, yirtiqni choklash kerak. Platsentaning bir qismi bachadonda ushlanib qolgani sababli qon ketayotgan bo'lsa, bachadon darhol qo'lda tekshirilib, platsentaning ushlanib qolgan qismi olib tashlanadi. Gipotonik qon ketishda bachadon tonusini va qisqaruvchanligini oshirish choralari ko'riladi.



134-rasm. Bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish.

Platsenta qismlari bachadonda ushlanib qolganda, shuningdek, platsentaning butunligiga shubha tug'ilganda **bachadon qo'lda tekshiriladi**. Platsentani qo'lda ko'chirishda qanday qoidalarga rioya qilinsa, bachadonni qo'lda tekshirishda ham o'sha qoidalarga rioya etiladi. Bachadonga suqilgan qo'l bilan bachadon devorlari, tubi va bachadon naylarining boshlangan burchaklari sinchiklab paypaslanadi (134-rasm). Tajribali vrach bachadonni tekshirish va platsenta qismlarini olib tashlashda (bachadon tonusi yaxshi bo'lsa) katta to'mtoq kyuretkadan foydalanishi mumkin.

Platsentaning bachadonda ushlanib qolgan qismlari olib tashlangach bachadon aksari qisqarib, qon ketishi to'xtaydi.

Bachadon ko'rsatmalarga muvofiq (tug'ruqda endometrit belgilari paydo bo'lganda va infeksiyaga moyil boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berganda) qo'lda tekshirilgach, sulfanilamid preparatlar yoki antibiotiklar buyuriladi.

Gipotonik va atonik qon ketishiga qarshi qo'yidagicha kurash olib boriladi.

1. Qovuq bo'shatiladi, bachadon qorin devori orqali uqalanadi; qo'l bachadon tubiga qo'yilib, uqalangansimon yengil doiraviy harakatlar qilinadi (qo'pol harakat qilish natija bermaydi). Uqalash ta'sirida bachadon qisqaradi va konsistensiyasi zich bo'lib qoladi.

Bachadondan qon laxtalari surib chiqariladi. Uqalash bilan barobar 0,05% li ergotal eritmasidan 1 ml yoki 0,02% li metilergometrindan 0,5–1 ml, bu ham bo'lmasa oksitotsin (5–8 birligi 500 ml 5%li glukoza bilan) venaga yuboriladi.

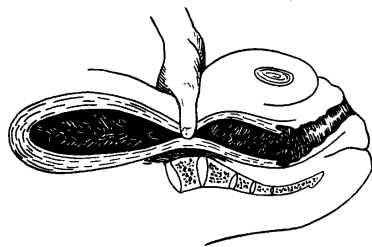
Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

Bachadon gipotoniyasi unchalik rivojlangan bo'lmasa, qon ketishini to'xtatish uchun ko'rilgan choralar kifoya qiladi.

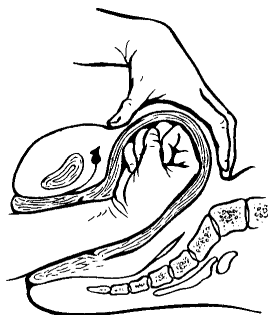
2. Qon ketishi to'xtamasa bachadonga qon kelishini kamaytirish yoki vaqtincha to'xtatish usullari qo'llaniladi. Bachadon qonsizlanishi tufayli qisqaradi.

Piskachek usuli. Bachadonning pastki segmenti chap qo'lda ushlanib qisiladi (bosh barmoq bir tomondan, to'rt barmoq ikkinchi tomondan qo'yiladi), shu payt bachadon arteriyalari va venalari qisilib, puchayadi. Ayni vaqtda, bachadon tubi o'ng qo'lda uqalanadi.

Genter usuli. Krovatning bosh tomoni pastga tushiriladi; bachadonning pastki segmenti Piskachek usulidagi kabi siqiladi, bachadon yuqoriga qattiq tortiladi va shu bilan bir vaqtda, bachadonning siqilgan pastki segmenti umurtqa pog'onasiga taqab bosiladi (135-rasm). Ta'sirni kuchaytirish uchun bachadon bo'sh qo'l bilan uqalanadi. Bachadon shu holatda 10–15 daqiqa ushlab turiladi. Shu payt bachadon tomirlari qisiladi, aorta bachadonning pastki segmenti bilan umurtqa pog'onasiga taqab bosiladi. Natijada, bachadon qonsizlanib, qisqaradi.



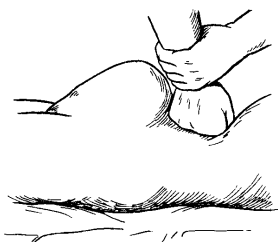
135-rasm. Bachadonning pastki segmentini umurtqa pog'onasiga bosib turish.



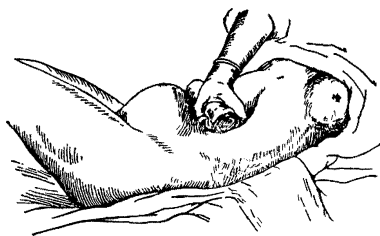
136-rasm. Musht bilan bachadonni uqalash.

3. Qon ketishi davom etgan taqdirda bachadon qo'lda tekshiriladi (ilgari tekshirilmagan bo'lsa) va qon laxtalari, parda va platsenta bo'laklari (bachadonda bo'lsa) olib tashlanadi, so'ngra qo'lni bachadondan olmay turib, tashqi-ichki uqalanadi. Ichkaridagi qo'l mushtum qilinadi, tashqaridagi qo'l esa bachadon tubini qorin devori orqali uqalaydi (136-rasm).

4. Qorin aortasini bosib turish. Ro'y-rost gipotoniya (atoniya) da bachadonni qonsizlantirish maqsadi bilan aortani bosib turish tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning yon tomonida turib, musht qilingan o'ng qo'l asosiy falangalarining dorzal yuzasi bilan qorin aortasi qopin devori orqali umurtqa pog'onasiga bosiladi (137-rasm). Qo'l charchab qolsa, aortani bosib turgan o'ng qo'lining bilak-kaft bo'g'imini chap qo'l bilan ushlab, yordam beriladi. Aortani ikkala qo'l barmoqlari bilan (Biryukov usuli) yoki qattiq bintlanadigan valik bilan (138-rasm), umurtqa pog'onasiga taqab bosish mumkin.



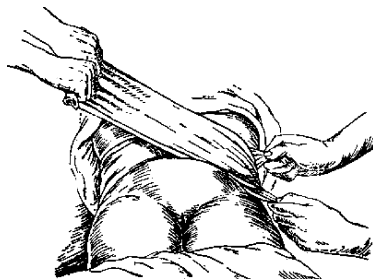
137-rasm. Qorin aortasini musht bilan bosib turish.



138-rasm. Aortani valik bilan bosib turish.

5. Bachadonni tamponlash (tamponada). Yuqorida ko'rsatilgan choralar vaqtincha natija bersa yoki natija bermasa, bachadon bo'shlig'i keng doka bint bilan tamponada qilinadi. Tampon tomirlarda tromblar hosil bo'lishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi. Tamponning salbiy tomoni shuki, infeksiya kirishi ehtimol. Shu sababli tamponadada aseptika qoidalariga jiddiy rioya qilinadi. Tashqi jinsiy organlar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi; qinga keng ko'zgular kiritiladi, bachadon bo'yni pulevoy qisqich bilan ushlanadi va

pastga tortiladi. Bachadon bo'shlig'i qayrilgan uzun kornsang yordamida serbar uzun doka bintlar bilan zich tamponlanadi. Bachadon bo'shlig'ining hammasini tubidan tortib bo'ynigacha ketma-ket tamponlash zarur. So'ngra pulevoy qisqich olinib, qin tamponlanadi. Tampon bachadonda 8–10 soat turishi mumkin.



139-rasm. Valikni mahkam bog'lab qo'yish.

6. Atonik qon ketishi yuqorida ko'rsatilgan choralar bilan to'xtamasa, qorin devorini yorib (laparotomiya), bachadon olib tashlanadi yoki bachadon tomirlari bog'lab qo'yiladi.

7. Qon ketishi gipo-afibrinogenemiya bilan bog'liq bo'lganda yangi sitratlangan qon quyiladi, venaga fibrinogen, protamin sulfat, epsilon-aminokapronat kislota va qon ivishini tezlashtiruvchi boshqa vositalar yuboriladi.

O'TKIR KAMQONLIKKA QARSHI KURASH

Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketishi sababli o'tkir kamqonlik ro'y berganda bir qancha eng muhim funksiyalar (qon aylanishi, nafas olish, modda almashinishi va hokazo) buziladi, organizmning chidami pasayadi, tuqqan ayol shuning natijasida halok bo'lishi mumkin. Shu sababli qon oqishini to'xtatish choralarini bilan bir qatorda, kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

1. Krovatning bosh tomoni pastga tushirilib, miyaga qon kelishi yaxshilanadi. Shu maqsadda krovatning oyoq tomoni ko'tarilib qo'yiladi.

2. Bemorning hamma tomoniga grelkalar qo'yiladi, ensani issiq tutish juda muhim (ensa ostiga ham grelka qo'yish lozim). Badanining kuyib qolmasligiga qarab turish kerak.

3. Organizmga ko'p suyuqlik kiritiladi. Bemorga kofe, vino qo'shilgan issiq achchiq choy (yoki bir stakan choyga 1 osh qoshik toza spirt qo'shib) ko'plab ichiriladi 500–1000 ml (2000 ml gacha) fiziologik eritmaga 0,1 % li adrenalin eritmasi 1 l suyuqlikka 5–8 tomchi hisobidan qo'shib, teri ostiga yuboriladi. Fiziologik eritma o'rniga 5% li glukoza eritmasini o'shancha yuborish ham mumkin.

4. Qon quyishning g‘oyat muhim ahamiyati bor. Quyiladigan qon miqdori anemiya darajasiga qarab belgilanadi. Organizmning buzilgan funksiyalari qon quyish natijasida tez tiklanadi.

5. Qon ketishi to‘xtatilgach, yurakni quvvatlovchi dorilar (kofein, kamfora) teri ostiga yuboriladi.

6. Tuqqan ayolga kislorod beriladi, kislorod bo‘lmasa, fortochka yoki deraza ochib qo‘yiladi.

Yo‘ldosh tushish va chilla davrida qon ketganda, akusher darhol vrach chaqiradi (qon ketayotganligini ma‘lum qiladi va vrach yetib kelguncha qon oqishiga qarshi va avj olayotgan kamqonlikka qarshi mustaqil kurash olib boradi). Tug‘ayotib qon yo‘qotgan ayollar, ayniqsa, sinchiklab parvarish qilinishi kerak.

GEMORRAGIK SHOK

Akusherlikda qon ketishi keyingi yillarda onalar o‘limining sababchisi sifatida yetakchi o‘rinni egallab kelmoqda. Ayniqsa, ekstragenital kasalliklar, homiladorlikda uchraydigan gipertenziv sindrom fonida yuzaga kelgan akusherlik qon ketishlar xavfli bo‘lib, 60–70% hollarda onalar o‘limiga sabab bo‘ladi.

Gemorragik shok (GSh) – o‘tkir qon ketishi oqibatida yuzaga keladigan terminal holat bo‘lib, qisqa vaqt ichida ko‘p qon yo‘qotilishi, aylanib yuruvchi qon hajmining (AYuQH) qon tomir hajmiga mos kelmasligi to‘qima gipoperfuziyasi va hayot uchun muhim a‘zolar yetishmovchiligi bilan o‘tadigan og‘ir patologik holat, ya‘ni markaziy asab tizimi faoliyatidagi og‘ir o‘zgarishlar oqibatida organizm hayoti uchun barcha muhim funksiyalarning keskin rivojlanib boruvchi pasayishiga shok deyiladi. “Shok” – inglizcha so‘z bo‘lib “zarba”, “turtki” ma‘nosini anglatadi.

Shokni qon bosimining keskin pasayishi, qon-tomirlar tonusining tushib ketishi oqibatida yuzaga keladigan o‘tkir rivojlanuvchi qon tomir yetishmovchiligi – kollapsdan farq qila bilish kerak.

Ularning klinik ko‘rinishi juda yaqin bo‘lsa ham, patogenezi turlicha. Shokda dastlab markaziy asab tizimi tomonidan buzilishlar boshlansa, kollapsda esa yurak-qon tomir tizimida o‘zgarishlar sodir bo‘ladi.

Shokda ikki faza tafovut qilinadi: erektil (qisqa muddatli, beqaror) va torpid fazalari.

Akusherlik amaliyotida shokning erektil fazasi ko‘pincha ruhiy qo‘zg‘alishlar bilan bog‘liq. Tug‘uvchi ayolning tug‘ruqdagi og‘riqdan o‘ta asabiylashuvi, qo‘rqishi, uning kuchli ruhiy qo‘zg‘alishiga olib keladi, natijada muvozanatni, mo‘ljalni yo‘qotadi, hushidan ketadi. Bu faza juda kam davom etadi va tezda torpid fazasiga o‘tadi.

Shokning torpid fazasi, odatda, 3 darajaga bo‘linadi.

I daraja (yengil) – sistolik arterial qon bosimi 90–100 mm simob ustuniga qadar pasayadi, yurak urishi bir daqiqada 90–100 marotaba, yengil tormozlanish holati, reflekslarning pasayishi kuzatiladi.

700 dan 1300 ml gacha aylanib yuruvchi qon hajmining (AYuQH) 15–25% miqdorida qon yo‘qotadi. Dastlab qonning tomirlarda taqsimlanishi va shaklli elementlarning depo a‘zolaridan chiqishi kuzatiladi.

II daraja (o‘rta og‘irlikdagi shok) – arterial bosim 80–90 mm simob ustunigacha pasayadi, puls 110–120 tagacha tezlashadi, hushi o‘zida, lekin kuchli tormozlanish holatida, nafas olish tezlashadi, yuzaki bo‘ladi. Qon yo‘qotish 1300–1800 ml gacha, ya‘ni AYuQH ning 25–30% ni tashkil etadi.

III daraja (og‘ir, dekompensatsiya darajasi) – sistolik arterial bosim keskin 60–70 mm simob ustuniga qadar pasayadi, umumiy ahvol juda og‘irlashadi, teri yuzasi oqargan, butunlay tormozlangan, ter bosgan, yuzaki vena qon tomirlari teri ostidan bilinmaydi. 2000–2500 ml yoki AYuQH 35 va undan ortiqroq foiz qon yo‘qotganda kuzatiladi.

Agarda ahvol og‘irlashib ketaversa, o‘z vaqtida shokka qarshi kurash chora-tadbirlari ko‘rilmasa, terminal holatlar yuzaga keladi, organizmning hayot uchun muhim funksiyalari o‘la boshlaydi.

Klinikasi. Kompensatsiyalangan yengil darajasida yo‘qotilgan qon miqdorini yurak qon tomirlar tizimi kompensatsiya qila oladi.

Bemorning hushi saqlangan, teri – ranglari oqargan, oyoqlari sovuq, darmonsizlik, nisbiy taxikardiya, nisbiy oligouriya:

– yo‘qotilgan qon miqdori 25% gacha (700–1300), nisbiy taxikardiya;

– A/B biroz pasaygan, ajraladigan siydik miqdori 50% gacha pasaygan;

– taxikardiya 1 daqiqada 120–140 marta;

– A/B yanada pasaygan;

– periferik vazokonstruksiya kuchaygan, sovuq ter bilan qoplangan;

– hansirash.

Agarda adekvat davo o'tkazilmasa, yo'qotilgan qon hajmi to'ldirilmasa va yo'qotilgan qon miqdori 1300–1800 ml ga, AYuQH tanqisligi 25–35% ga yetsa GSh ning II davri rivojlanadi, qon aylanishi yetishmovchiligi chuqurlashib boradi. Teri oqarishi fonida bemorlarda akrosianoz kuzatiladi.

Qon yo'qotish davom etsa, 2000–2500 ml ga yetsa va AYuQH tanqisligi 35% dan oshsa, bemorlarda gemodinamika, metabolizm va qon ivish vaqti buzilib boradi, teri marmarsimon tusga kiradi, bemor karaxt, nigohi bir nuqtaga qadalgan, ba'zan hushini yo'qotadi, puls 140 marta, keskin rivojlanganda taxikardiya, qon bosimi keskin pasaygan. Agar qon bosimi 70 mm sim ustunigacha pasaysa, buyraklarning filtrlash funksiyasi to'xtaydi, bemorlarda anuriya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi, hansirash, nafas olish 30 martadan oshadi, markaziy venoz bosimi, gemoglobin va gemotokrit ko'rsatkichi keskin pasayib boradi.

Ketgan qon hajmiga qarab gemorragik shokning klinikasi 3 bosqichga bo'linadi:

I. Bosqich – yengil yoki kompensator bosqich. Hushi o'zida, teri ranglari oqargan, taxikardiya pulsi (Ps) bir daqiqada 100–110 ta, arterial qon bosimi (AQB) normada, gemoglobin (Hb) va diastolik bosim biroz pasaygan (oligouriya), qon ivish biroz tezlashgan (giperkoagulatsiya). Ketgan qon hajmi aylanib yuruvchi qon hajmining (AYuQH) 15–20% ni (700–1000 ml) tana vaznining 1–1,5% ni tashkil etadi.

II. Bosqich – o'rta og'irlikdagi bosqich yoki dekompensatsiyadan qaytuvchi bosqich. Hushi saqlangan, bezovtalik, terlash, teri oqargan, og'iz-burun uchburchagi ko'kargan, akrosianoz, Ps bir daqiqada 110–120 ta, nafas olish tezlashgan (taxipnoye), bir daqiqada 20–26 ta, Hb, Ht – ko'rsatkichlari pasaygan, oligouriya, qon ivish vaqti 10 daqiqa va undan ko'p, AQB pasaygan (80 mm sim. ustunigicha). Ketgan qon hajmi AYuQHning 25–35% (1300–1800 ml) tana vaznining esa 1,5–2,5% tashkil etadi.

III. Bosqich – dekompensatsiya, qaytmas bosqichi. Hushi o'zida emas, teri rangi judayam oqargan (marmar teri). Puls ipsimon 120 zarbadan ko'p, nafas tezligi 1 daqiqada 30 martadan

ko'p, AQB 60 mm sim. ust.dan past. Markaziy venoz bosim (MVB) 0 ga yaqin, Hb va Ht judayam past, siydik ajralishi to'xtagan, anuriya.

Shokning birinchi bosqichida ketgan qon, yurak-qon tomir tizimidagi va boshqa a'zolaridagi o'zgarishlar hisobiga kompensatsiyalanadi. Akusherlik qon ketishlarida bu bosqich uzoq davom etmaydi va ko'p hollarda diagnostika qilinmaydi.

Diagnostikasi. Qon ketish natijasida rivojlanadigan shokning klinikasini obyektiv baholash uchun quyidagi klinik-laboratoriya ma'lumotlarini hisobga olish kerak:

1. Teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalar rangi, nafas olish tezligi, puls, AQB ko'rsatkichi, markaziy venoz bosim (MVB).

2. Bir daqiqalik diurez, siydikning nisbiy zichligi.

3. Qonning klinik tahlili ko'rsatkichlari: gemotokrit, eritrotsitlar miqdori, gemoglobin, suv-elektrolit balansi, kislotali-asosli muhit, oqsil miqdori.

4. Gemostaz ko'rsatkichlari: qon ivish vaqti, fibrinogen miqdori, protrombin vaqti.

Gemorragik shok diagnozi — ichki qon ketishlarda qiyin bo'ladi, lekin bemordagi obyektiv ma'lumotlar diagnozni to'g'ri qo'yishda shifokorga biroz yengillik tug'diradi. Gemorragik shok diagnozini yuqorida aytilgan klinik ko'rinishlarga, obyektiv tekshirishlarga (puls va nafas soniga, arterial va markaziy venoz bosimini o'lchash) qon yo'qotish hajmiga asoslanib qo'yish mumkin. Yo'qotilgan qon hajmining shok indeksiga (ShI) qarab ham aniqlash mumkin (shok indeksi pulsning sistolik bosimiga nisbatidir). Normada shok indeksi 0,55 ga teng. Agar ShI birga teng bo'lsa, yo'qotilgan qon hajmi 1 litrga teng bo'ladi.

Buyrak faoliyati buzilishini aniqlashda soatlik diurezning ahamiyati kattadir. Diurezning 30 ml — soatgacha pasayishi periferik qon aylanishi buzilgandan dalolat bersa, 15 ml — soatga pasayishi shokning dekompensiyalanganidan dalolat beradi.

Gemorragik shokda shoshilinch yordam ko'rsatish. Qon ketishi tufayli onalar o'limini kamaytirish maqsadida, bir qator tashkiliy masalalariga e'tibor qaratish lozim.

1. Turli hajmda qon yo'qotgan ayolni qabul qilishga tayyor bo'lgan sharoit yaratish lozim. Har xil guruhdagi qon zaxiralarni tayyorlash infuzion terapiya uchun vositalar tayyorlash.

2. Tug‘ruq bloki xodimlari qon ketish sabablari, yo‘qotilgan qon hajmi, qon ketish tezligi, bemorning og‘ir holatida yordam berishning prinsipl sxemasini bilishlari lozim.

3. Jarrohlikka doir asbob-uskunalar va tibbiy asboblar yurak o‘pka reanimatsiyasi uchun kerakli asboblar, o‘pka sun‘iy ventilyatsiyasi (O‘SV) apparati tayyor holda bo‘lishini ta‘minlash.

4. Hayotiy muhim bo‘lgan organlar faoliyatini ekspress diagnostika qilishga sharoit yaratish.

Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) ma‘lumotiga ko‘ra 500 ml yoki undan ko‘p qon yo‘qotish tug‘ruqdan keyingi qon ketish deb qabul qilinishi mumkin.

Tuqqan ayollarda massiv qon ketishida quyidagilarga e‘tibor qaratiladi:

1. Kislorodni adekvat uzatilishini ta‘minlash (intranazal kateterlar, spontan yoki sun‘iy o‘pka ventilyatsiyasi, traxeya intubatsiyasi).

2. Hayot uchun muhim ko‘rsatkichlar – puls, A/B, nafas soni es-hush holatini baholash va unga asoslanib, qon ketish og‘irlik darajasini va taxminiy hajmini aniqlash.

3. Bir vaqtning o‘zida vena punktsiyasi va kateterizatsiya qilinadi. Dastlab tirsak venasidan boshlanadi, qon eritrotsitlar antigenlari bo‘yicha guruhni aniqlash uchun olinadi (agar avval aniqlanmagan bo‘lsa), umumiy klinik tahlil (Hb, Ht, eritrotsitlar, trombotsitlar), biokimyoviy tekshiruv (kreatinin, kaliy, natriy, xloridlar, kislotatashqi muvozanati, umumiy oqsil) va koagulyopatik tekshiruv (protrombin indeksi va vaqti, fibrinogen ivish vaqti) uchun olinadi. 30–60 daqiqa davomida 1 litr yangi muzlatilgan plazma quyiladi.

4. Gipovolemiya darajasini qayta baholash kristalloidlarni 1–2 litr hajmda A/B ko‘tarilguncha va stabillashguncha, ya‘ni 60 mm sim. ustunidan past bo‘lmagan darajaga yetguncha quyish.

5. Gipokoagulyatsiya qon ketishi saqlangan holda, yangi muzlatilgan plazma quyishni davom ettirish, transfuziya hajmini 2 litrgacha yetkazish.

6. Siydik pufagiga kateter qo‘yish.

7. Gemodinamikaning stabillashuviga erishish.

8. 2 litrdan yoki AKHning 30% dan ko‘p qon yo‘qotilganda gemodinamika ko‘rsatkichlari turg‘un bo‘lmasa, konyuktiva oqarib borishi kuzatilganda, eritrotsitlar quyish, bir xil guruhli eritrotsitar massa bo‘lmaganda O (I) pH manfiy eritrotsitlar quyilishi mumkin.

9. Bemorni ixtisoslashgan bo‘limga ko‘chirish vaqtini qisqartirish.

10. Barcha eritmalar isitilgan holda, bemor tana haroratini 37⁰ C gacha ko‘tarib quyish kerak.

Qonni to‘xtatish maqsadida yo‘ldoshni qo‘l bilan ajratish, instrumental yoki qo‘l bilan bachadon bo‘shlig‘ini nazorat qilish, bachadonni himoyalab ichki va tashqi massaj qilish, vaqtincha Baksheyev bo‘yicha parametriyga klemma qo‘yish usullari qo‘llaniladi. Shu bilan birga bachadonni qisqartiruvchi vositalarni vena ichiga yuborish maqsadga muvofiqdir. Bular metilergometrin yoki oksitotsin 1,0 tezlik bilan vena ichiga yuborish. Oksitotsin yuqori dozalarda 25–30 TB (5,0–6,0) 400 ml natriy xlorid aralashmasi bilan tomchilab yuborish mumkin. Bu aralashmani yuborish tezligini bachadon qisqarishi nazoratida o‘zgartirsa bo‘ladi.

Davolash kompleks bo‘lishi kerak va u quyidagilardan iborat:

1. Qon ketishini to‘xtatish.
2. Ketgan qon o‘rnini to‘ldirish va asoratlarini davolash.
3. Gemostazni tiklash.

Gemorragik shokda qon ketishini to‘xtatish samarali usullar to‘plamini o‘z ichiga oladi. Gipotonik va atonik qon ketishlarda, konservativ muolajalar (bachadon tashqi massaji, bachadon bo‘shlig‘ini qo‘l bilan tekshirish, bachadonni qisqartiruvchi dorilar yuborish) yordam bermaganda, qon ketish 1000–1200 ml ga yetsa, kechiktirmasdan bachadonni olib tashlash haqida o‘ylash kerak. Platsentani rivojlanib boruvchi barvaqt ko‘chishida va platsenta oldinda joylashganda, kesar-kesish operatsiyasini o‘z vaqtida bajarish kerak. Tug‘ruq yo‘llari yirtilishida ularni tikish, bachadon yirtilishida uni tikish yoki bachadonni olib tashlash kerak. DVS va Kuveller bachadonida – bachadon ekstirpatsiyasi ichki yonbosh arteriyasini bog‘lash bilan birga bajariladi, operatsiya endotraxeal narkoz ostida olib borilishi kerak.

Qon ketishni to‘xtatish bilan birgalikda, ketgan qon o‘rnini to‘ldirish va gemodinamika, mikrosirkulatsiya, adekvat gaz almashinuvini tiklashga qaratilgan kompleks tadbirlar bajariladi. Metabolik asidozni davolash, oqsil, suv-elektrolit balansni, diurezni tiklash, buyrak shoki profilaktikasi o‘tkaziladi. Adekvat og‘riqsizlantirish va bosh miyani antigipoksik himoya qilish kerak.

Infuzion terapiya va qon ketish asoratlarining oldi olinadi. Infuzion terapiyada tezlik hajmi va yuborilayotgan suyuqliklar tarkibi

katta ahamiyatga ega. Dekompensator shokda infuziya tezligi qon ketish tezligidan orqada qolmasligi kerak. Periferik vena bilan birgalikda markaziy vena (oʻmrov osti) punksiyasi bajariladi. Kritik holatlarda suyuqliklar (Ringer Lokk eritmasi, fiziologik eritma) kiritish AQB – 80 mm sim. ust., MVB 50–70 mm sim. ust.ga koʻtarilguncha davom ettiriladi. Qon ketishni 1–2 soatlarida ketgan qon oʻrni 70% toʻldirilishi kerak. Infuzion terapiya bilan birgalikda glukokortikoid gormonlar (gidrokortizon, prednizalon 1,5 g gacha) yuboriladi. Kritik gipotenziya rivojlanganda dalamin, dobutreks, dolakard dori vositalari yuboriladi, buning natijasida yurakning qisqarish hajmi oshadi, periferik tomirlar kengayadi, periferik qarshilik kamayadi, buyrakda qon aylanishi yaxshilanadi.

CHILLA DAVRIDA KECH QON KETISHI

Tugʻruqdan bir sutka keyin yoki kechroq qon ketishi chilladagi kech qon oqishi deb ataladi. Chillada qon ketishi baʼzan tugʻruqdan keyin 10–15-kuni boshlanadi.

Chillada kech qon oqishining koʻproq uchraydigan sababi platsentadan bir qismi (boʻlakchasi) ning bachadonda ushlanib qolishidir. Platsentaning bachadonda ushlanib qolgan qismi sekin-asta polip shakliga kiradi («platsentar polip») va muqarrar qon ketishiga sabab boʻladi. Chillada kech qon oqishi baʼzan pardalarning bachadonda ushlanib qolishiga va infeksiyaga bogʻliq boʻladi.

Chillada qon ketishi platsenta yoki pardalarning bachadonda ushlanib qolishiga bogʻliq boʻlsa, ularni asboblar bilan bachadon boʻshligʻidan olib (bachadonni qirib) davo qilinadi. Chilla davrida bu operatsiya bir qadar qiyin boʻlib, uni faqat vrach qiladi.

Infeksiya belgilari paydo boʻlganda shu infeksiya bilan bogʻlangan chilla kasalligini davolashga eʼtibor berish kerak. Asosiy kasallik tuzatilishi bilan qon ketishi ham toʻxtaydi.

Nazorat uchun savollar

1. Yoʻldosh tushish davrida qon ketishining sabablari.
2. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi haqida tushuncha.
3. Platsentaning bachadonga yopishish sabablari.
4. Platsentani qoʻlda koʻchirish va tushirishga koʻrsatmalar.
5. Chillada kech qon oqishi haqida tushuncha bering.

XXIV BOB. TUG‘RUQ JAROHATLARI (AKUSHERLIK SHIKASTLANISHLARI)

Tug‘ruq vaqtida ko‘pincha oraliq, vulva, qin va bachadon bo‘y-ni yiriladi. Ma‘lumotlarga ko‘ra, tug‘ruq jarohatlari kamaymay, aksincha ko‘payib bormoqda. Xotin-qizlar maslahatxonasida homilador ayollarni muntazam kuzatib borish, jarohatlanish xavfi bo‘lsa, uning asosiy sabablarini aniqlash, statsionar sharoitda ularni har tomonlama tekshirish kerak. Tug‘ruq dardi sust bo‘lganda jarohatlar, ayniqsa ko‘p bo‘ladi.

ORALIQ, VULVA VA QINNING YIRITILISHI

Homilaning tug‘ilish davrida qin, vulva va oraliq anchagina cho‘ziladi. Oraliqning yirtilishi akusherlik patologiyasining ko‘proq uchraydigan turlaridan bo‘lib, tug‘uvchi ayollarning o‘rta hisob bilan 10 % da kuzatiladi.

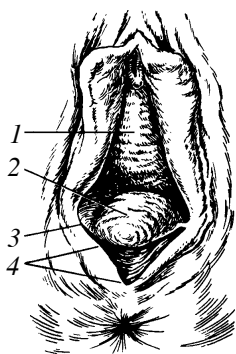
Oraliq yirtilishi quyidagi holatlarda kelib chiqadi: 1) yoshi kattaroq birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda to‘qimalar elastikligining yo‘qolganligi, avvalgi tug‘ruqdan keyin chandiqlar qolganligi, oraliqning baland ekanligi; 2) homila boshining noqulay o‘lcham bilan yorib chiqishi – homila boshi yozilib oldinda yotganda, haddan tashqari katta bo‘lganda; 3) operatsiya qilib tug‘dirish – qisqich solish; 4) tor chanoq, ayniqsa yapaloq raxitik chanoq (boshning tez yorib chiqishi) va infantil chanoq – qov burchagining torligi; 5) tug‘ruqni noto‘g‘ri boshqarish, homila boshining barvaqt yozi-lishi va tez yorib chiqishi. Homila boshining tobora tazyiq ko‘rsatishi natijasida oraliq gumbazga o‘xshash do‘ppayib chiqadi, ko‘karadi va shishadi. Oraliq terisi keyinchalik oqaradi, yaltiraydi, mayda-mayda yoriladi. Bu o‘zgarishlar oraliqning yirtilishi xavfi borligini ko‘rsatadi. Oraliqning yirtilish xavfi paydo bo‘lganda, oraliq o‘rtasidan qirqiladi – **perineotomiya** deb aytiladi. Kesilgan jarohatning silliq chetlari choklangach yaxshiroq bitadi.

Oraliq yirtilishi 3 darajaga bo‘linadi.

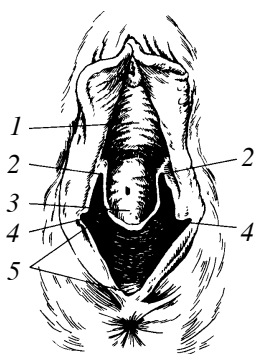
Birinchi daraja yirtilish – orqa bitishma (oraliq bilan qin devori o‘rtasidagi kichkina teri parchasi) uziladi, oraliq muskullari shikastlanmaydi (140-rasm).

Ikkinchi darajali yirtilish – oraliq terisi qin devori va oraliq muskullari uziladi, to‘g‘ri ichakning tashqi sfinkteri butun qoladi (141-rasm).

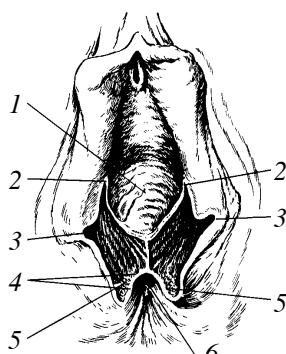
Uchinchi darajali yirtilish – yuqorida ko‘rsatilgan to‘qimalar va to‘g‘ri ichakning tashqi sfinkteri, ba‘zan devori ham yirtiladi (142-rasm). Bu to‘la yirtilish deyiladi. Kamdan kam hollarda chot markazidan yirtiladi. Oraliq to‘qimalarning yirtilishi infeksiya kirish jihatidan xavfli. Oraliq uchinchi darajali yirtilganda gaz va axlat tutib bo‘lmaydi. Oraliq yirtilishning har biri choklanishi lozim.



140-rasm. Oraliqning birinchi darajali yirtilishi:
1–qinning oldingi devori; 2–qinning orqa devori; 3–orqa bitishma; 4–oraliq terisi.



141-rasm. Oraliqning ikkinchi darajali yirtilishi:
1–qinning oldingi devori; 2–yirtiqning yuqori cheti; 3–qinning orqa devori; 4–orqa bitishma; 5–oraliq terisi.



142-rasm. Oraliqning uchinchi darajali yirtilishi:
1–qinning orqa devori; 2–yirtiqning yuqori cheti; 3–orqa bitishma; 4–to‘g‘ri ichakning shilliq pardasi; 5–sfinkter; 6–anus (orqa chiqaruv teshigi).

ORALIQNING YIRTILGAN JOYINI CHOKLASH

Yo‘ldosh tushgach oraliq choklanadi. Yirtilgan chok o‘z vaqtida tikilmasa, ko‘p qon ketadi va chilla davri og‘ir kechadi. Yo‘ldosh tushguncha oraliqni tikish tavsiya etilmaydi. Chunki yo‘ldosh tushish davrining qanday o‘tishi noma‘lum (bachadonga qo‘l suqish zarurati istisno qilinmaydi). Oraliqni tikishda aseptika qoidalariga rioya qilinadi. Operatsiya maydoni va operator qo‘llari operatsiyaga tayyorlangandek tayyorlanadi.

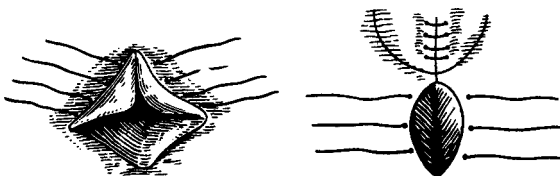
Zarur asboblari: 2 ta qin ko‘zgusi, 2 ta ko‘targich, 3 ta kornsang, 3 ta pinset, 1 ta egilgan qiyshiq qaychi, 1 ta to‘g‘ri qaychi, 4 ta qon to‘xtatuvchi qisqich, 2 ta igna tutgich, 3–4 ta har xil

yo'g'onlikdagi ignalar, metalldan qilingan kateter, botirma choklar uchun ketgut, yuza choklar uchun ipak, sterillangan doka tamponlar, salfetkalar solinadigan baraban va tupfer kerak bo'ladi.

Choklanadigan sohaga spirtli yod surtiladi. Qin ko'zgulari yordamida yara yuzalari ochiladi. Vrach jarohatni aniq ko'rishi uchun chap qo'li bilan jarohatni ochadi va o'ng qo'li bilan jarohatni quritadi va chok soladi. Oraliq jarohati unchalik katta bo'lmasa, choklashni qin devorining yirtilgan joyidan boshlash zarur. Yirtilgan shilliq qavatni choklashda har qaysi chok oralig'i 1 sm dan oshmasligi kerak. Chanoq tubi 2 chi darajali yirtilganda, ayniqsa to'g'ri ichakni ko'taradigan muskul tikiladi. Uning ustidan chanoq klechatkasi bir necha qavat tikiladi. Shunday usulda tikilganda churur qavatga infeksiya tushish xavfi kam bo'ladi.

Oraliqni 3 chi darajali yirtilishida avval to'g'ri ichakning shikastlangan devori choklanadi, uzilgan sfinkterning bir-biridan qochgan uchlari qidirib topiladi va choklar bilan birlashtiriladi. Shundan keyin ikkinchi darajali yirtilish qanday choklansa, uchinchi darajali yirtilgan oraliq ham o'shanday choklanadi. Chot oralig'i 1 chi daraja yirtilganda qon va qindan ajraladigan suyuqliklar yig'ilib qolmasligi uchun avval qindagi, keyin yuzadagi jarohatlarga ketgut chok, chot terisiga esa ipak chok solinadi.

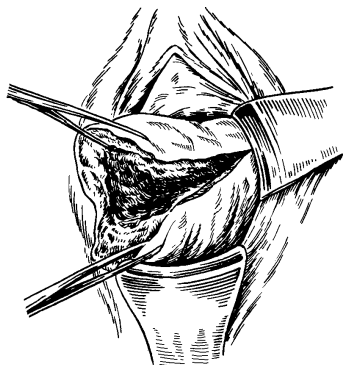
143-rasm. Oraliqning birinchi daraja yirtilgan joyini choklash.



Qinning yirtilishi. Qin devorlari yetarlicha cho'zilmaganda, infantilizmda, operatsiya qilib tug'dirishda, homila boshi yozilib oldinda yotganda, yirik bo'lganda qin yirtiladi. Qinning ko'pincha pastdan uchdan bir qismi yirtiladi. Qin, odatda oraliq bilan bir vaqtda yirtiladi. Qin yirtig'i ko'zgular yordamida ochilib, ketgut choklar bilan tikiladi. Qinning pastdagi uchdan bir qismi yirtilganda qinning yon devorlarini chap qo'l barmoqlari bilan kerib turib, chok solish kerak (143-rasm).

BACHADON BO'YNINING YIRTILISHI

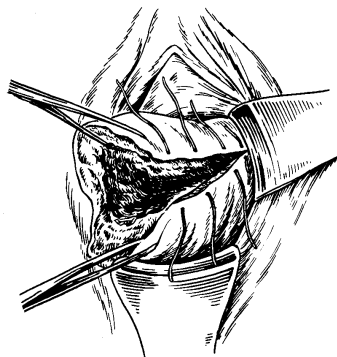
Tug'ruq oldida bachadon bo'yni tekislanib, tashqi teshik chetlari juda ham cho'zilib, yupqa tortadi. Tug'ruq vaqtida, ayniqsa



144-rasm. Bachadon bo'ynining yirtilishi.

Yirtilish natijasida qon ko'proq tashqariga, ba'zan esa parametral klechatkaga oqib gematoma hosil bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni yirtig'ini aniqlash uchun qin ko'zgulari ishlatiladi. Bachadon bo'ynining o'z-o'zidan yirtilishi, uning rigidligida, bachadon og'zi chetlarining haddan tashqari cho'zilishida, shiddatli tug'ruqda, funksional tor chanoqda va boshqa hollarda uchraydi.

Bachadon bo'yni **o'z-o'zidan** va **zo'rlik** bilan yirtilishi mumkin. Bachadon bo'ynining regidligi, bachadon bo'yni teshigi chetlarining haddan tashqari cho'zilishi (homilaning yirikligi, boshining yozilib oldinda yotishi), tez tug'ish, tor chanoqda bachadon bo'ynining uzoq qisilib qolib, to'qimalarning oziqlana olmasligi bachadon bo'ynining o'z-o'zidan yirtilishiga sharoit yaratadi. Ayolni operatsiya qilib tug'dirishda (qisqich solish, homilani oyog'iga burish va tortib olish, homilani yemirish operatsiyalarida) bachadon bo'yni zo'rlik bilan yirtiladi.



145-rasm. Bachadon bo'ynining yirtilgan joyini choklash.

patologik tug'ruqda ko'pincha bachadon bo'yni yirtilib, ancha qon ketadi va asoratlar keltirib chiqaradi. Ba'zida bu yirtiq qin gumbazigacha va undan o'tib parametral klechatkaga o'tishi mumkin (144-rasm). Shunga ko'ra, bachadon bo'ynining yirtilishi 3 darajaga bo'linadi:

1. Yirtiq uzunligi 2 sm gacha.
2. Yirtiq uzunligi 2 sm dan oshib, qin gumbazigacha yetmaydi.
3. Yirtiq qin gumbazigacha yetib, qin usti qismiga ham o'tadi.

Bu esa surunkali yallig'lanish va eroziyalar paydo bo'lishiga zamin yaratadi.

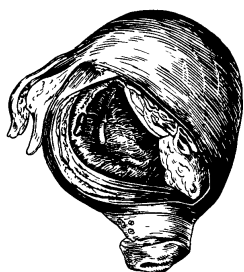
Bachadon bo'yni **yirtilganda davo qilish** choklashdan iborat. Bachadon bo'yni ko'zdan kechirilib, yirtiq topilgach, darrov choklanadi. Bachadon

bo'yni pulevoy qisqichlar bilan qin og'ziga tortiladi va yirtiqdan qarama-qarshi tomonga surib qo'yiladi. Yirtiqning yuqori burchagidan teshik chetigacha chok solinadi (birinchi chok yirtiqning birmuncha yuqorisidan solinadi), bachadon bo'ynining shilliq pardasi tikilmaydi (145-rasm). Yirtiqning yuqori chekkasini darrov ochib bo'lmasa, birinchi chok birmuncha pastroqqa solinadi va bunda ligaturaning uchlari pastga tortiladi. Ayni vaqtda jarohatning yuqori burchagi ko'rinib, chok solish uchun qulay bo'lib qoladi. Bachadon bo'yni yirtilganda ketgut bilan tikiladi. Choklar solingandan keyin ligaturalarning uchlari qirqib tashlanadi.

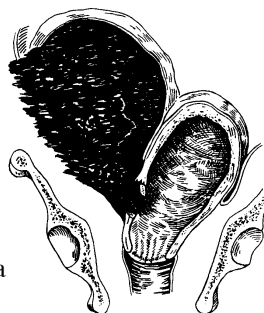
BACHADONNING YORILISHI

(Ruptura uteri)

Bachadon devorlarining shikastlanib yirtilishi bachadonning yorilishi deb ataladi. Bachadonning hamma qavatlari (shilliq pardasi, muskul qavati, seroz pardasi) shikastlansa, bachadon **bata-mom yorilgan** deb ataladi (146-rasm). Batamom yorilganda uning bo'shlig'i qorin bo'shlig'iga tutashib qoladi. Shilliq parda bilan muskul qavati shikastlansa-yu, seroz pardasi butun qolsa, bachadon **chala yorilgan** hisoblanadi (147-rasm). Bachadonning batamom yorilishi chala yorilishiga nisbatan ko'proq uchraydi.



146-rasm.
Bachadonning
to'la yorilishi.



147-rasm.
Bachadonning
chala yorilishi.
Qorin pardasi
ostida gematoma
hosil bo'lishi.

Bachadon ko'pincha bir qadar yupqa devorli pastki segmentidan yoriladi, lekin bachadon yuqori segmentidan va hatto tubidan ham yoriladi. Bachadon ko'pincha qin gumbazlariga yopishgan chizigidan yorilishi mumkin, bu aslida bachadonning qin gumbazlaridan uzilib ketishi demakdir.

Bachadon yorilishining turlari L.S.Persianinov tasnifi (1964-yil) bo'yicha quyidagicha:

Yorilish vaqti bo'yicha: tug'ruq vaqtida; homiladorlik vaqtida.

Etiologiya va patogenezi bo'yicha: o'z-o'zidan yorilishi; zo'rlik bilan yorilishi; aralash yorilishi.

Joylashishi bo'yicha: bachadon tubi yorilishi; bachadon tanasi yorilishi; bachadon pastki segmentining yorilishi; bachadonning qin gumbazlaridan uzilib ketishi.

Shikast xarakteri bo'yicha: to'liq yorilishi – bachadon hamma qavatlari yoriladi; chala yorilishi – shilliq va mushak qavatlari yoriladi, seroz qavati butun qoladi.

Klinik kechishi bo'yicha: bachadon yorilishi xavfi; bachadonning yorilishi.

Asosan takror tug'uvchi ayollarda anamnezida patologik tug'ruq, bachadon yallig'lanishi, bachadonda operatsiya qilingan ayollarda ko'proq uchraydi. Ayniqsa, kesar-kesish yo'li bilan tug'dirilgan ayollarda bachadon ko'proq yoriladi. Bu ayollar bachadon yorilishi xavfi yuqori bo'lgan guruhlariga kiradilar. Hozirgi vaqtda bu guruhga kiruvchi homiladorlar soni ko'payib bormoqda. Konservativ miomektomiya, kesar-kesishdan keyin ko'pincha homilador ayollar bachadon yorilishi xavfi belgilari yuzaga chiqmasligi yoki ularning yo'qligi sababli, ya'ni bachadon to'qimalarining sekin-asta sitilib ketish yo'li bilan yorilishi tufayli og'riqni sezmaydilar. Bachadonda chandig'i bor homiladorlar orasida 10–13% ayollarda bachadon shu chandiq bo'ylab yoriladi.

Homilaning tug'ilishi mexanik to'sqinlikka uchraganda bachadonning yorilish xavfi tahdid qilayotgani quyidagi simptomlar bilan ta'riflanadi:

1. Dard va to'lg'oq juda qattiq, ba'zan ketma-ket tutadi.
2. Bachadonning pastki segmenti o'ta cho'zilib yupqa tortadi, palpatsiyada og'riydi.
3. Kontraksion halqa yuqoriga ko'tarilib, kindik ro'parasigacha boradi, qiyshiq joylashadi. Bachadon qum soati shakliga kiradi.
4. Bachadonning yumaloq boylamlari juda ham tarang bo'lib, bezillab turadi.
5. Bachadon bo'yni teshigining chetlari qisilib shishadi, bu shish qin va oraliqqa ham yoyiladi.
6. Qovuq va uretra homila boshi bilan chanoq suyaklari orasida qisilib qolganidan siydik chiqarish qiyinlashadi.
7. Qindan qonli chiqindi keladi, bu esa to'qimalarning shikastlana boshlaganini ko'rsatadi.

8. Tug‘uvchi ayol betoqat bo‘lib, o‘zini qo‘ygani joy topolmaydi, qattiq og‘riqdan noliydi.

Dard va to‘lg‘oq tez-tez tutib og‘riqli bo‘ladi. Boshqa simptomlar ham kuzatiladi, lekin ular mexanik sabablar bilan bachadon yorilish xavfining belgilariga qaraganda kamroq seziladi.

Yuqorida ko‘rsatilgan klinik belgilar paydo bo‘lganda yordam berilmasa bachadon muqarrar yorilib ketadi. Simptomlari:

1. Bachadon yorilayotgan paytda qorinda juda qattiq og‘riq paydo bo‘ladi.

2. Bachadon yorilgandan keyin dard va to‘lg‘oq tutishi to‘xtaydi.

3. Shok paydo bo‘lishi va tobora ko‘p qon yo‘qotishi sababli juda og‘ir holat yuz beradi. Teri va ko‘rinib turgan shilliq pardalar oqaradi. Ayolning ko‘zi ich-ichiga tushib ketadi, burni puchayib qoladi. Tomiri tez-tez uradi va yaxshi to‘lishmaydi, qon bosimi pasayadi, ko‘ngli ayniydi va qusadi.

4. Bachadon yorilganda homila butunlay yoki qisman qorin bo‘shlig‘iga chiqadi. Oldinda yotuvchi qismi ilgari qimirlamay turgan bo‘lsa, endi yuqoriga surilib, harakatchan bo‘lib qoladi. Homila yonida bachadonning qisqargan tanasi paypaslab topiladi. Homila yurak urishi eshitilmaydi.

5. Tashqariga ko‘p qon ketmaydi, ba‘zan juda oz qon chiqadi. Bachadon yorilganda qon qorin bo‘shlig‘iga quyiladi.

Bachadon yorilgan taqdirda darhol qorinni yorish (laporotomiya qilish zarur). Qorin bo‘shlig‘idan homila, yo‘ldosh va quyilgan qon olinadi. So‘ngra bachadon qin ustidan amputatsiya qilinadi yoki butunlay olib tashlanadi (ekstirpatsiya). Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin shokka va qon yo‘qotishga qarshi kurash olib boriladi. Qon quyiladi, teri ostiga, vena ichiga fiziologik eritma yuboriladi, ayol issiq tutiladi. Yurakni quvvatlaydigan dorilar buyuriladi.

Profilaktikasi. Bachadon yorilishining oldini olish tug‘ruqqa yordam berishni to‘g‘ri tashkil qilishdan iborat. Hamma homiladorlarni xotin-qizlar maslahatxonasida o‘z vaqtida hisobga olish va ularni sinchiklab kuzatib turish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Tug‘ruq vaqtida bachadonning yorilishi ehtimol tug‘iladigan hamma homiladorlar xotin-qizlar maslahatxonasida aniqlanib, maxsus hisobga olinadi. Chanog‘i tor, homilasi noto‘g‘ri yotgan, homiladorligi o‘tib ketgan (homilasi yirik) ayollar, tug‘averib qorin devori va bachadoni bo‘shashgan ayollar akusherlik anamnezi og‘ir

patologik tugʻruq, yalligʻlanish kasalliklari boʻlgan ayollar kesar-kesish va bachadonida boshqa operatsiyalar qilingan ayollar shu guruhga kiritiladi. Bu homiladorlarning hammasi tugʻishga ikki-uch hafta qolganda tugʻruq kompleksiga yuboriladi. Tugʻruq vaqtida bachadonning yorilish xavfi borligini koʻrsatuvchi belgilarni oʻz vaqtida payqab olishi uchun ayollar sinchiklab kuzatiladi.

Nazorat uchun savollar

1. Oraliq yirtilishi, sabablari va darajalari.
2. Oraliqning yirtilgan joyini choklash ketma-ketligi.
3. Qinning yirtilishi, darajalari, choklash.
4. Bachadon boʻynining yirtilish darajalari.
5. Bachadonning yorilishi va turlari.

XXV BOB. CHILLA DAVRI SEPTIK KASALLIKLARI

CHILLADAGI SEPTIK KASALLIKLARNI KELTIRIB CHIQRUVCHI SABABLAR

Chilladagi septik kasalliklar tugʻruq vaqtida paydo boʻlgan jarohat yuzalari orqali mikroblar kirishi natijasida kelib chiqadi.

Chilladagi septik kasalliklarning koʻproq uchraydigan sababchilari stafilokokklar bilan streptokokklar, goho-goho ichak tayoqchasi, gazli gangrena tayoqchalari va boshqa mikroblardir. Chilladagi septik kasalliklarni koʻpincha mikroblarning bir turi (monomikrob infeksiya), baʼzan esa mikroblarning har xil turlari (polimikrob infeksiya) vujudga keltiradi.

Mikroblar odam organizmida (ayniqsa terisida, ochiq shilliq pardalarida va hokazo) doim mavjud boʻladi-yu, odatdagi sharoitda kasallik chaqirmaydi.

Mikroblar organizmga jarohat orqali kirganda kasallik roʻy bershishi mumkin. Yoʻldosh koʻchgandan keyin bachadonning ichki yuzasi, hatto normal tugʻruqda ham bachadon boʻyni, qin va oraliqning shilinishi, yorilishi va chaqalanishi infeksiya kiradigan yoʻllar hisoblanadi.

Patologik tugʻruqda (ayniqsa, operatsiya qilib tugʻdirishda) keng va chuqur shikastlar vujudga keladi, shu munosabat bilan septik infeksiya mikroblarining organizmga kirish xavfi koʻpayadi.

Mikroblar jarohat yuzasiga tashqaridan kiradi (ekzogen infeksiya) yoki ayol organizmida yashirin holda saqlanib, infeksiya (mikroblar) jarohatga tushadi (endogen infeksiya) va rivojlanadi.

Ekzogen infeksiyada mikroblar sterillanmagan qoʻl, asboblari, parvarish buyumlari, kiyim-kechak va tugʻruq yoʻllariga ishlatiladigan boshqa buyumlar orqali kiradi; havo-tomchi yoʻllari orqali yuqadigan infeksiya katta xavf tugʻdiradi. Endogen infeksiyada mikroblar jarohatga qindan, tashqi jinsiy organlardan oʻtadi, baʼzan uzoqdagi infeksiya oʻchoqlaridan (masalan, tomoqdan) metastaz yoʻli bilan kiradi.

CHILLA YARASI

Oraliq, qin devori, bachadon bo‘ynining yirtilgan va yorilgan joyidagi yiringli yallig‘langan jarohatlar chilla yaralari (*ulcus puerperale*)ga kiradi. Jarohat yuzasi yiring pardasi bilan qoplangan, tevarak-atrofdagi to‘qimalar giperemiyalangan va shishgan bo‘ladi. Kasallik odatda tug‘ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Harorat ko‘tariladi, puls tezlashadi, ayol betob bo‘lib, ba‘zan boshi picha og‘riydi. Odatda tashqi jinsiy organlari achishayotganini aytadi. 4–5 kundan keyin harorati pasayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi, jarohat pardalardan toza bo‘ladi va sekin-asta ikkilamchi tortilish usuli bilan bitadi. Noqulay sharoitda mikroblar yaradan to‘qimalar ichkarisiga kiradi va shu tariqa infeksiya tarqalib ketadi.

Davosi. Ayol yotqizib qo‘yiladi, tagi avaylab tozalanadi; oraliq jarohatiga streptotsid yoki sulfidin emulsiyasi shimdirilgan doka salfetka yopiladi. Autogemoterapiya qilinadi. Dastlabki kunlarda oraliqqa muzli xalta qo‘yiladi. Sutkada 5–6 marta (har 4 soatda) 0,5–1 g dan sulfanilamid preparatlar ichiriladi, streptomitsin bilan penitsillin buyuriladi.

METROENDOMETRIT

Chilladagi metroendometrit (*metroendometritis*) bachadonning ichki yuzasining: endometriyning bazal qavati, ko‘chuvchi parda parchalari va ularga taqalib turgan muskul tolalari qavatining yallig‘lanishidir. Kasallikning klinik belgilari tug‘ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Tana harorati ko‘tariladi, puls tezlashadi (haroratga mos keladi), ishtaha pasayadi, bemor tuzuk uxlay olmaydi. Kasallik boshlarida junjib ham qo‘yadi. Bachadon palpatsiyada bezillab turadi. Subinvolutsiya (teskari taraqqiy etish jarayoni) sekinlashadi, loxiyalar loyqa, qonli-yiringli bo‘lib qoladi. Loxiyalar ba‘zan sassiq bo‘ladi. Bachadonning orqaga qayrilishi yoki bachadon bo‘yni kanaliga qon laxtasi, parda zarralari tiqilib qolishi sababli metroendometritda loxiyalar ba‘zan bachadonda ushlanib qoladi (loxiometra).

Loxiometrada ayolning tana harorati yana ko‘tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinning pastida tez-tez og‘riq tutadi. Metroendometrit o‘rta hisob bilan 8–10 kun davom etib, aksari, tuzalib ketadi.

Metroendometrit subfebril harorat bilan yengil o'tishi mumkin. Metroendometrit og'ir o'tganda septik infeksiyaning tarqalish o'chog'i bo'lib xizmat qiladi.

Davosi. Bemor yotqizib qo'yiladi, qornining pastiga muzli xalta qo'yiladi, autogemoterapiya qilinadi, venaga kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dan 1–2 kun oralatib yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, sulfanilamid preparatlar sutkasiga 5–6 mahal (har 4 soatda) 0,5–1 g dan beriladi, penitsillin 3–4 soatda 1 mahal 100 000–500 000 birlik hisobida yuboriladi.

Chilladagi metroendometrit, septik kasallik bo'lish bilan birga, so'zak oqibatida kelib chiqishi ham mumkin. Bachadon bo'ynining shilliq pardasi so'zakdan yallig'langan ayollar tuqqandan keyin gonokokklar bachadon bo'shlig'iga kirib, metroendometritga sabab bo'ladi. Gonokokklar keyinchalik bachadon naylariga kirib, ularni, tuxumdonlarni va chanoqning qorin pardasini yallig'lantirishi mumkin.

So'zak metroendometriti tug'ruqdan keyin 6–8-kunda quyidagi simptomlar bilan yuzaga chiqadi: tana harorati ko'tariladi, bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi, bachadon bezillab og'riydi, yiringli yoki shilimshiq-yiringli chiqindi keladi. Diagnostika aniqlash uchun bachadondan kelgan chiqindi mikroskopda tekshiriladi. Organizmga har 3–4 soatda 100000 – 500000 birlik hisobida penitsillin yuborish va sulfanilamid preparatlar ichirish so'zak metroendometritini davolashda yaxshi natija beradi.

So'zak bo'lgan bemorlarni shunday parvarish qilish kerakki, bolaga va tuqqan boshqa xotinlarga infeksiya yuqish ehtimoli bartaraf qilinsin. Ayolning tagi eng oxirida yuviladi; tuqqan ayolning individual tuvak tutishiga, bola emizishdan oldin qo'lini tozalab yuvishiga ko'z-quloq bo'lib turiladi.

METRIT

Metroendometritga qarama-qarshi o'laroq, metrit (*metritis*) da miometriyning chuqur qavatlarini zararlanadi. Mikroblar yallig'langan endometriydan qon va limfa yo'llari orqali miometriyga kiradi.

Kasallik tug'ruqdan keyin 4–7-kuni yuzaga chiqadi va 3–4 hafta davom etadi. Kasallik boshlarida ayol qaltirab, harorati 39–40° gacha ko'tariladi, keyinchalik subfebril bo'lib qoladi.

Bemorning umumiy ahvoli, uyquasi, ishtahasi yomonlashadi, bosh og'rig'i bezovta qiladi. Bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi,

bachadonning, ayniqsa ikki yon tomonining (tomirlar bo‘ylab) bezillab turganligi palpatsiyada aniqlanadi. Loxiyalar qonli-yiringli yoki seroz-yiringli bo‘ladi.

PARAMETRIT

Parametrit (*parametritis*) – bachadon atrofidagi kletchatkaning yallig‘lanishi. Infeksiya, odatda, bachadon bo‘yni va qinning yirtilgan joyidan parametral kletchatkaga kiradi. Parametrit ko‘pincha bir tomonlama, ba‘zan ikki tomonlama bo‘ladi. Kasallik og‘ir o‘tganda yallig‘lanish kichik chanoqning butun kletchatkasiga yoyiladi. Yallig‘langan kletchatkada dastlab seroz eksudat hosil bo‘ladi, so‘ngra fibrin to‘planib, eksudat zichlashadi. Keyinchalik eksudat so‘rilib ketadi yoki yiringlaydi.

Parametrit tug‘ruqdan keyin 10–12-kuni qaltirash va tana haroratining 39–40° gacha ko‘tarilishidan boshlanadi, puls tezlashadi, qorin pastida og‘riq seziladi, yallig‘lanish jarayoni qovuq va to‘g‘ri ichak tomonga yoyilganda bu organlar funksiyasi buziladi (siydik tez-tez va og‘riq bilan keladi, defekatsiya vaqtida og‘riq seziladi, ich qotadi). Qin orqali tekshirishda bachadon yonida infiltrat borligi aniqlanadi. Infiltrat dastlab yumshoq, keyinchalik qattiq bo‘lib, chanoqning yon devorigacha yetadi, bachadon infiltratning qarama-qarshi tomoniga suriladi.

Parametrit turlicha o‘tadi. Odatda, harorat sekin-asta pasayadi va infiltrat so‘rilib ketadi. Ba‘zan infiltrat yiringlab, ayol qaltiraydi, remitten tipidagi isitma chiqaradi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Abscess ochilmasa, o‘zicha yorilishi (qinga, Pupart boylami ustiga yoki ostiga, qovuqqa ochilishi) mumkin.

SALPINGOOFORIT (ADNEKSIT)

Chillada bachadon ortiqlari (tuxumdonlar va bachadon naylari)ning yallig‘lanishi (*salpingoophoritis, adnexitis*) septik infeksiyaga yoki so‘zak infeksiyasiga bog‘liq. Kasallik tug‘ruqdan keyin 10–14-kuni boshlanadi. Quyidagi simptomlar paydo bo‘ladi: bemorning tana harorati ko‘tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, ishtahasi bo‘g‘iladi, qorning past qattiq og‘riydi, siydik chiqarish funksiyasi buziladi, defekatsiyada og‘riq sezadi, ich qotadi. Kasallikning dastlabki kunlari qorin tarang bo‘lib, palpatsiyada juda ham bezillab turadi; Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo‘lishi mumkin.

Bachadon ortiqlarining kattalashib, bezillab turganligi ikki qo'llab tekshirishda aniqlanadi, ular qo'lni organlarga yopishib qolgani uchun harakatchanligi cheklangan bo'ladi. Kasallik turlicha o'tadi: bemor tez sog'ayib ketadi, yallig'lanish surunkali shaklga o'tadi, bachadon nayi yoki tuxumdonda abscess hosil bo'ladi.

PELVEOPERITONIT

Pelveoperitonit (*pelveoperitonitis*) — kichik chanoq qorin pardasining yallig'lanishi. Chilladagi pelveoperitonit septik yoki so'zak infeksiyasi zaminida kelib chiqadi. Chanoq qorin pardasining yallig'lanishi sababli kichik chanoq bo'shlig'ida dastlab seroz-fibrinoz eksudat hosil bo'ladi, u keyinchalik yiringlashi mumkin. Eksudatda fibrin borligidan kichik chanoq organlari, ichaklar va charvi bir-biriga yopishib qoladi. Shu tariqa hosil bo'lgan konglomeratda bachadon va boshqa organlarni aniqlash qiyin.

Kasallik tug'ruqdan keyin 15–25-kuni boshlanadi. Ayol qaltiraydi, harorati 39–40° gacha ko'tariladi, qorning pasti qattiq og'riydi. Kasallikning dastlabki kunlari ayol ko'ngli aynib, qusadi, qorin muskullari taranglashadi, Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, uyquasi buziladi, pulsi tezlashadi, tili quruq bo'lib, karash boylaydi.

Bemor to'g'ri davolanganda bu og'ir simptomlar tez orada barham topadi, kichik chanoqdagi infiltrat chegaralanib, sekin-asta so'rilib ketadi. Keyinchalik kichik chanoq organlari o'rtasidagi tortmalar saqlanib qoladi. Pelveoperitonitda ba'zan eksudat yiringlaydi; abscess ochilmasa qinga, qovuqda va boshqa organlarga ochilishi mumkin; yallig'lanish jarayoni yoyilib, sidirg'a (diffuz) peritonit avj olishi mumkin.

Metrit, parametrit, salpingooforit, pelveoperitonitni davolash quyidagi umumiy tamoyillarga asoslanadi.

1. Ayol qat'iyon yotqizib qo'yiladi. Bemor tinch yotganda yallig'lanish jarayoni chegaralanib, tez barham topadi. Pelveoperitonitda tananing yuqori bo'limini balandroq qilib qo'yish (krovatning bosh tomonini ko'tarish) zarur. Qin orqali tekshirish faqat zarurat bo'lganda o'tkaziladi. Ayol ruhan tinch bo'lishi kerak.

2. Bemorni sinchiklab parvarish qilish (badanini toza tutish, kiyimini tez-tez almashtirish, palatani bot-bot shamollatish va hokazo) va to'g'ri ovqatlantirish (mazali, to'yimli ovqat, vitamin-

lar)ning ahamiyati juda katta. Bemorni parvarish qilish va ovqatlan-tirishda umumiy septik kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlar uchun qabul qilingan qoidalarga amal qilinadi.

3. Yuqorida koʻrsatilgan kasalliklarning oʻtkir fazasida qorinning pastiga muzli xalta qoʻyiladi, ogʻriq qoldiruvchi shamchalar buyu-riladi.

4. Yalligʻlanishga qarshi davo qilinadi: kalsiy xloridning 10% li eritmasi 1–2 kunda 10 ml dan venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, 2% li piramidon yoki amidopirin eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan beriladi.

5. Streptomitsin bilan penitsillin va boshqa antibiotiklar buyu-riladi. Penitsillinni novokainning 0,25–0,5% li eritmasida eritib yuboriladi. Antibiotik dozasi kasallikning klinik manzarasiga va qoʻzgʻatuvchi-mikrobning sezuvchanligiga bogʻliq. Odatda, sutkasiga 600 000–800 000 birlik hisobida penitsillin buyuriladi. Yalligʻ-lanishga va bakteriyaga qarshi taʼsir etadigan sulfanilamid preparat-lar (sulfazol, sulfatiazol, oq streptotsid va hokazo) yaxshi foyda beradi. Sulfanilamid preparatlar dastlabki ikki kunda har 4 soatda 1 g dan, keyingi 2–4 kunda har 4–6 soatda 0,5 g dan ichiriladi.

6. Venaga glukoza eritmasi yuboriladi. Kasallikning yarim oʻtkir bosqichida autogemoterapiya qilinadi yoki oz-ozdan qon takror quyib turiladi.

7. Bachadon atrofidagi kletchatka va chanoqning qorin par-dasidagi infiltrat yiringlaganda jarrohlik usuli bilan davolanadi. Abs-sessni qay tomondan ochish qulayligiga qarab, qinning orqa gum-bazi orqali (kolpotomiya) toʻgʻri ichak orqali yoki qorin devori orqali (parametritda) ochishadi.

TROMBOFLEBIT

Chilladagi tromboflebitlar (*trombophlebitis puerperalis*) – vena devorining yalligʻlanib, tromb hosil boʻlishidir; tromb vena teshi-giga tiqilib, qon oʻtishini qiyinlashtiradi. Bachadon, chanoq va son venalarining tromboflebiti kuzatiladi. Bachadon venalarining trom-boflebiti (metrotromboflebit) metroendometrit zaminida paydo boʻladi. Umumiy simptomlari metritga oʻxshaydi. Bachadon invo-lutsiyasining toʻxtab qolishi, uzoq vaqt qonli chiqindi kelishi xos. Noqulay sharoitda jarayon chanoq venalariga tarqaladi; qin orqali tekshirishda ular buralgan ogʻriqli tortmalar shaklida qoʻlga ilinadi.

Jarayon yanada tarqalganda yonbosh venalarining, so'ngra son venalarining ham trombozi paydo bo'ladi. Chilladagi og'ir kasallik — son venalarining tromboflebiti ro'y beradi.

Son venalarining tromboflebiti (*trombophlebitis venae femoralis*) tug'ruqdan keyin 2–3-haftada yuzaga chiqadi. Kasallik boshlanganda ayol ko'pincha qaltirab, harorati ko'tariladi, pulsi tezlashadi, oyog'ida og'riq sezadi, ko'pincha boshi og'riydi, uyqusiz bo'lib qoladi va boshqa shikoyatlar qiladi.

Son venasi tromboflebitining mahalliy belgilari shuki, chov sohasi tekislanib qoladi, vena bo'ylab (Pupart boylamidan pastroqda, sonning oldingi-ichki yuzasida) zichlashgan va bezillab turgan joy aniqlanadi, oyoq shishadi. Shish ko'pincha juda katta bo'lib ketadi, isitma 2–3 hafta, oyoq shishi 1–2 oy davom etadi. Bemor sog'ayayotgan davrda kasal oyog'ining jimillashayotganini sezadi.

Chilladagi tromboflebitlar septisemiya va septikopiyemiyani davolash uchun qabul qilingan umumiy qoidalarga muvofiq davolanadi¹, lekin ba'zi xususiyatlari hisobga olinadi.

1. Bemorni mutlaqo tinch qo'yish kerak, bu trombnig uyushuviga yordam berib, emboliyaning oldini oladi (tromb zarrasining uzilib ketib, hayot uchun muhim organ tomiriga tiqilib qolishi **emboliya** deb ataladi). Son venalarining tromboflebitida kasal oyoq ko'tarib yotiladi (ostiga yostiq yoki shina qo'yiladi).

2. Kasal oyoqning venasiga dori yuborilmaydi va bu oyoqda inyeksiya qilinmaydi.

3. Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

4. Yallig'lanishni kamaytirish va qonning ivib qolish xossasini susaytirish uchun kasal oyoqqa vena bo'ylab 5–7 tadan zuluk solinadi (zuluk solishdan oldin oyoq terisi yuviladi, artiladi va qand eritmasi surtiladi). Zuluklar 10–12 ml dan qon so'rib, tushib ketadi.

5. Jarayon bosila boshlagach butun oyoqqa Vishnevskiy mazi surilgan boylam qo'yib bog'lanadi, boylam 7–8 kunda almashtirib turiladi.

6. Umumiy septik kasalliklarda qanday dori-darmon qilinsa, tromboflebitda ham shunday dori-darmon qilinadi. Antibiotiklardan streptomitsin yoki biomitsin buyurish ma'qul.

7. Bemorning tana harorati 3 haftagacha normal turib, EChT soatiga 30 mm gacha va undan ham pastga tushgandagina faol harakatlar ruxsat etiladi.

¹ So'nggi vaqtda tromboflebitlar konservativ usullar bilangina emas, jarrohlik yo'li bilan ham davolanmoqda.

DIFFUZ O'TKIR PERITONIT

Diffuz o'tkir peritonit tug'ruqdan keyin 3–8-kuni paydo bo'ladi. Kasallik og'ir klinik simptomlari bilan ta'riflanadi: bemor ko'ngli aynib, qusadi, ichi dam bo'ladi (Shetkin-Blyumberg simptomi manfiy bo'lishi mumkin), tana harorati ko'tariladi (kasallik juda og'ir o'tganda harorat ko'tarilmaydi), tomir tez-tez uradi va uncha to'lishmaydi, arterial bosim pasayadi, til quruq bo'ladi, ko'z ich-ichiga botib, burun cho'chchayib qoladi, kasallik og'ir o'tganda bemor o'zidan ketib qolishi mumkin.

AVJ OLUVCHI TROMBOFLEBIT

Tobora avj oluvchi tromboflebitning xarakterli belgisi shuki, venalar devorining yallig'lanishi va tromb hosil bo'lishi jarayoni chegaralanib qolmasdan, vena bo'ylab tarqaladi. Tromb ko'pincha yumshab, yiringlaydi: infeksiyalangan tromb zarralari qon aylanishining umumiy doirasiga qo'shilib, butun organizmga tarqaladi, organ va to'qimalarga cho'kib, ularda septik infeksiyaning yangi o'choqlarini hosil qiladi.

Venadagi absesslar ba'zan sumkalanib (chegaralanib), infeksiya butun organizmga tarqalmaydi.

Davosi. Umumiy septik infeksiya qanday usullar bilan davolanasa, diffuz o'tkir peritonit va avj olib boruvchi tromboflebit o'shanday usullar bilan davolanadi.

SEPTISEMIYA

Septisemiya umumiy og'ir septik kasallik bo'lib, xarakterli belgisi shuki, qonga kirgan mikroblar ko'payib, qon bilan butun organizmga tarqaladi; mikroblar toksinlari organizmni zaharlaydi. Yurak, tomirlar, jigar, buyraklar va boshqa organlarda ro'y-rost distrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Kasallik tug'ruqdan keyin 2–3-kuni qaltirash, tana haroratining 40–41° gacha ko'tarilishi, umumiy ahvolning keskin darajada yomonlashuvi bilan boshlanadi. Bemor beparvo, uyquchan bo'lib, boshi og'riydi, ba'zan bezovtalanib alahlaydi. Tomiri tez-tez (har daqiqada 120–130 marta) urib, miya to'lishadi, tili quruq, karash boylagan bo'ladi, terisi quruq bo'lib, och kulrang yoki och

sarg'ish tusga kiradi, unga mayda qon quyilib, ba'zan esa yirik dog'lar (toshma) paydo bo'ladi. Ko'pincha ich ketadi. Aksari qo'l-oyoq ko'karib ketadi, bu esa yurak faoliyatining susayganiga aloqador. Qon bakteriologik tekshirilganda septisemiyaning qo'zg'atgan mikrobnini topish mumkin. Bemorlar hatto zamonaviy usullar bilan davolanganda ham ko'pincha nobud bo'ladi.

SEPTIKOPIYEMIYA

Septikopiyemiyada mikroblar (septik infeksiyaning mavjud o'choqlaridan) vaqt-vaqti bilan qonga o'tib, turli organlar va to'qimalarda septik infeksiyaning yangi (metastatik) o'choqlarini hosil qiladi, bular esa odatda yiringlaydi.

Yiringlagan tromboflebit ko'pincha infeksiyaning tarqaladigan asosiy o'chog'i bo'lib hisoblanadi. Infeksiyalangan tromb zarralari shu o'choqdan uzilib ketib, butun organizmga yoyiladi. Keyinchalik o'pka, yurakda, teri osti kletchatkasida (abscesslar, flegmonalar) hamda boshqa organ va to'qimalarda yiringli metastazlar hosil bo'ladi.

Septikopiyemiya bilan septisemiyaning klinik simptomlari ko'p jihatdan bir-biriga o'xshaydi (bemorning og'ir ahvoli, yuqori harorat, qaltirash, pulsning tezlashuvi va hokazo). Ammo, septikopiyemiyaning turli organlarda metastazlar hosil bo'lishiga aloqador ba'zi xususiyatlari bor. Shunga qarab, umumiy septik infeksiya uchun tipik simptomlarga biron organ (o'pka, yurak va hokazo) ning zararlanish belgilari ham qo'shiladi. Infeksiyaning metastatik o'chog'i teskari taraqqiy etganda, bemorning umumiy ahvoli bir qadar yaxshilanadi, qaltirash bosiladi va harorat pasayadi.

Yangi metastatik o'choq paydo bo'lganda bemor yana qaltirab, harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi va biron organning zararlanganiga aloqador simptomlar qo'shiladi.

Septisemiya va septikopiyemiyaning davolashning asosiy vazifalari: a) bemor organizmining chidamini oshirish, b) kasallik mikrobiga ta'sir ko'rsatish (uni kuchsizlantirish, o'stirmay qo'yish). Davolash quyidagilardan iborat:

1. Bemorni sinchiklab parvarish qilishning ahamiyati juda katta. To'g'ri parvarish organizmning chidamini oshiradi va butun dori-darmonning yaxshi ta'sir ko'rsatishiga yordam beradi.

Palatani muntazam shamollatish, toza tutish zarur, palataga bemorlarni tiqishtiraverish yaramaydi. Ko'ylak-lozim, choyshab va yos-tiq jildi tez-tez almashtirib turiladi (ayniqsa bemor tez-tez terlaganda), bemorning tagiga yoziladigan tagliklar bulg'angan sayin almash-tiriladi. Ular quruq, yaxshi yozilgan (g'ijimlanmagan) bo'lishi kerak.

Og'iz bo'shlig'i va badan parvarishining muhim ahamiyati bor. Og'izni ertalab, ovqatdan keyin va kechqurun, yotishdan oldin chayib va tozalab turish kerak.

Og'iz borat kislotaning kuchsiz eritmasi yoki bura bilan gli-tserin aralashmasi (*Boracis, Glycerini aa 15,0*) ga ho'llangan paxta bilan artiladi. Badan har kuni spirt, odekolon, xushbo'y sirkaning kuchsiz eritmalariga paxta ho'llab artiladi.

Septik infeksiyada yotoq yaralar paydo bo'lishi oson, ularning oldini olish uchun (butun terini ho'llab artishdan tashqari) dum-g'aza, umurtqa pog'onasi va kurak atroflari har kuni kamfora spirti bilan artiladi. Bemor chanog'ining ostiga rezina doira qo'yiladi.

Tashqi jinsiy organlari sutkasiga kamida 2 marta tozalanadi.

2. Bemorni to'g'ri ovqatlantirish organizmning chidamini oshirish uchun eng muhim shartdir. Ovqat kaloriyasi, mazali, turli-tuman, oson singadigan bo'lishi kerak. Bemorga qand-shakar, yog'lar — qaymoq, sariyog' shaklida, oqsillar — dimlama go'sht, kotlet, qaynatma baliq, qaynatma tovuq, tuxum, tvorog shaklida beriladi. Bemorning buyraklari zararlanmagan bo'lsa ishtahani ochish uchun ozgina ikra, selyodka va shu kabilar yediriladi. Ho'lmeva hamda uning suvi foydali. Suyuqliklarni yetarli miqdorda berish kerak. Choy, kofe, mors, ishqoriy mineral suvlar tavsiya etiladi, ozgina vino ham ichiriladi.

3. Organizmning chidamini oshirish uchun vitaminlar (A, C, B guruh) beriladi, glukoza venaga (40% li zritmasi 20–40 ml dan) yoki teri ostiga (5% li eritmasi 1–2 l gacha) yuboriladi. Tromboflebit paydo bo'lganda venaga dori yuborish yaramaydi. Yurakni quvvatlovchi dorilar (asosan, kamfora), qon yaralishini kuchaytiradigan va ovqat hazmini yaxshilaydigan preparatlar muntazam ravishda buyuriladi.

4. Antibiotiklardan tetratsiklin, biomitsin, eritromitsin va hokazo buyuriladi.

Antibiotiklardan: a) penitsillin bilan streptomitsin; b) eritromitsin bilan tetratsiklin; d) oleandomitsin bilan tetratsiklin; e) tetratsiklin bilan sulfanilamid preparatlar birga qo'llanilganda yaxshiroq ta'sir ko'rsatadi.

Antibiotiklarning quyidagi sutkalik dozalari ko'proq qo'llaniladi: penitsillin 800 000 birlik, streptomitsin 1 000 000 birlik, tetratsiklin 800 000 birlik, eritromitsin 800 000 birlik, oleandomitsin 800 000 birlik. Eritromitsin va oleandomitsin tetratsiklin bilan birga qo'llanilganda sutkasiga 400 000 birlik hisobidan ishlatiladi.

Septik kasalliklarda, jumladan umumiy septik kasalliklarda sulfanilamid preparatlar (oq streptotsid, sulfazol, sulfatiazol va hokazo) yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Sulfanilamid preparatlar dastlabki kunlari katta dozada (har 4 soatda 1 g dan) ichiriladi, keyin dozasi sekin-asta kamaytiriladi.

Chilladagi septik kasalliklarning oldini olish (profilaktika).

Chilladagi septik infeksiyaga qarshi kurashda profilaktika asosiy va hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Chilladagi septik infeksiyaning oldini olish ayollar maslahatxonalar va, ayniqsa, tug'ruqxonalarning ishini tashkil etishda hal qiluvchi asosiy tamoyildir. Homilador ayol organizmini mustahkamlaydigan hamma choralar (ovqat, to'g'ri rejim, badanni toza tutish), barcha infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida aniqlash va bartaraf qilish, homilador ayolni infeksiya yuqgan bemorlardan uzoq turtish chilladagi septik kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Tug'ruqni boshqarganda aseptikaga qat'iy rioya qilish, chilla davrida ayolni to'g'ri parvarish qilish, tibbiyot xodimlarining shaxsiy giyiyenaga rioya qilishlari, tug'ib isitmalayotgan ayollarni sog'lom ayollardan ajratib qo'yish g'oyat katta ahamiyatga egadir. Homilador ayollarga stafilokokk anatoksinini emlab immunlash septik kasalliklarning oldini oladi.

Tug'ruqda travmatizmga qarshi kurash, qon ketishiga yo'l qo'ymaslik va ayol organizmining chidamini kamaytiradigan boshqa ko'ngilsiz hodisalarning oldini olish muhim rol o'ynaydi.

Homilador va tuqqan ayollar o'rtasida sanitariya maorifi ishini olib borish chilladagi kasalliklarning oldini olish uchun muhim shartdir.

CHILLADAGI MASTIT

Chillada ba'zan sut bezi yallig'lanadi, **mastit** deb shuni aytiladi.

Yiring tug'diruvchi mikroblar, asosan, stafilokokklar, ba'zan streptokokklar va boshqa mikroorganizmlar sut bezini yallig'lantiradi. Yiring tug'diruvchi mikroblar ko'krak uchining terisiga

ifloslangan qo'ldan, infeksiya tekkan kiyim-kechakdan, havo va tomchi infeksiyasi yo'li bilan tushadi.

Sut bezining terisidagi mikroblar ko'krak uchining yorilgan joylaridan kiradi. Bola emizishda ko'krak uchi terisining epiteliysi ko'zga ko'rinmaydigan darajada shikastlanadi, mikroblar sut beziga shu mikroskopik shikastlar orqali ham kiradi.

Ba'zan mikroblar sut beziga boshqa infeksiya o'choqlaridan limfogen yoki gematogen yo'l bilan kiradi.

Chilladagi mastit, odatda haroratning to'satdan 39° gacha ko'tarilishi va undan oshishi, ba'zan qaltirashdan boshlanadi. Sut bezi og'riydi, ayol umuman betob bo'lib, boshi og'riydi, uyquasi buziladi, ishtahasi bo'g'iladi. Sut bezi kattalashib, ichkarisida bezillab turadigan zich qismi paypaslab topiladi (bu qismning aniq chegaralari bo'lmaydi), ba'zan yallig'langan joy ustidagi teri qizaradi. Qo'ltiqdagi limfa tugunlari ko'pincha kattalashib, sezuvchan bo'lib qoladi.

Yallig'lanish sababli sut bezining yo'llari berkilib, sut dimlanib qoladi. Yallig'lanish jarayoni shu bosqichda to'xtashi mumkin, keyinchalik bemor sog'ayib ketadi.

Noqulay sharoitda (organizm chidami pasayganda, infeksiya virulent bo'lganda, bemor noto'g'ri davolanganda) yallig'lanish jarayoni avj oladi va infiltrat yiringlaydi (yiringli mastit).

Infiltrat yiringlanganda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, ko'pincha qaltiraydi, harorati remittik tusga kiradi. Sut bezidagi og'riq kuchayadi, zich infiltratning bir qismi bilqillab qoladi, uning ustidagi teri giperemiyalanib, picha ko'karadi. Yiringli mastit ko'pincha og'ir o'tib, uzoq davom etadi.

Ko'krak uchining yorilishiga yo'l qo'ymaslik (profilaktika) va unga davo qilish, homiladorlik vaqtida sut bezlarini parvarish qilish va bolani to'g'ri emizish ko'krak uchlarini yorilishidan saqlaydi. Sut bezlarini har kuni iliq suv bilan yuvib, yirik tukli sochiqqa artib turishning ahamiyati bor; ko'krak uchlarini po'st boylaganda (og'iz suti chiqib, shunday po'st hosil bo'ladi) ko'krak uchlarini 1 % li borat kislotasi eritmasi bilan yuvish tavsiya etiladi.

Bola emayotganda ko'krak uchi atrofidagi qoramtir to'garakni ham og'ziga olishi kerak. Emizikli onaning sut bezlarini qat'iyon toza tutishi juda ham muhim.

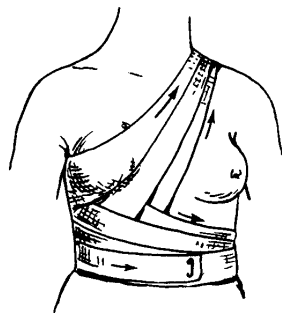
Ko'krak uchi yorilganda nakladka orqali emizish tavsiya etiladi. Bolani emizib bo'lgandan keyin ko'krak uchi penitsillin eritmasi

bilan artiladi (1 ml fiziologik eritmada 10000 birlik penitsillin eritiladi). Ko'krak uchining yorilgan joylariga oq streptotsid kukuni sepiladi. Metilen ko'kning spirtidagi eritmasidan qo'yish ham mumkin.

Mastitlarning davosi. Kasallik boshlanganda sut beziga muzli xalta qo'yish mumkin. Avval sut bezini ko'tarib qo'yib boylanadi (148-rasm). Davo qilishni Vishnevskiy mazi yoki kamfora moyi bilan isituvchi kompress qo'yishdan boshlasa bo'ladi. Ayni vaqtda muskul orasiga antibiotiklar (sutkada 500 000–800 000 birlik) yuboriladi. Sulfanilamid preparatlar yaxshi foyda beradi. Shunday davo qilingan ayol aksari tuzalib ketadi. Infiltrat kichrayib, yo'qolmasa autogemoterapiya qilinadi.

Sut bezini bo'shatib turish davoning muhim shartidir. Shu sababli infiltrat yiringlamaganda bola emizish yoki sutso'rg'ichdan foydalanish davom ettirilaveradi yoki qo'l yordamida sut sog'iladi.

Yiringli mastit jarrohlik yo'li bilan davolanadi (absess ochiladi), absess kichkina bo'lsa, yiringni shprisda tortib olib, o'rniga penitsillin kiritish bilan kifoyalansa bo'ladi.



148-rasm. Sut bezini ko'tarib qo'yib bintlash.

Nazorat uchun savollar

1. Chilladagi septik kasalliklarining paydo bo'lish sabablari.
2. Chillada septik kasalliklar tasnifi, klinikasi, davolash, profilaktikasi.
3. Chilla davri septik kasalliklarning turli bosqichlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash tamoyillari.
4. Chilladagi mastit kelib chiqish sabablari, diagnostikasi va davolash.

IV QISM. GINEKOLOGIYA

XXVI BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologiya (*gynae* – ayol, *logos* – ta’limot) – ayollar jinsiy a’zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o’rganuvchi fan.

Ginekologiya terapiya, xirurgiya va boshqa tibbiy fanlar bilan birgalikda klinik tibbiyotning asosini tashkil etuvchi ixtisoslar jumlasiga kiradi.

Ginekologiya bo’limi ixtisoslashtirilgan turli statsionarlar tarkibiga (ko’p tarmoqli shifoxonalar, tug’ruq komplekslari, onkologik, silga qarshi kurash, endokrinologik dispanserlar) kirishi mumkin.

Umumiy ixtisosdagi ginekologiya bo’limi jarrohlik yo’li bilan davolanishga va konservativ yo’l bilan davolanishga muhtoj kasallarga mo’ljallangan bo’limlar: qabul bo’limi, palatalar, tekshirib ko’rish, bog’lash, muolaja xonalar, oshxona, xodimlar xonasi, tibbiyot hamshirasi postlari, katta va kichik operatsiya xonalari, operatsiyadan keyingi xona, endoskopik xona, tuvak va kleyonkalar yuviladigan va quritadigan xonalardan iborat.

Asosiy hujjatlar: qayd qilish jurnali; kasallik tarixi F №003/U; homiladorlikni to’xtatish (abort) tibbiy kartasi F №027/U; statsionardan chiqish varaqasi F № 027/u; perinatal o’lim to’g’risida guvohnoma F № 106 – 2/u; o’lim to’g’risida guvohnoma F – 106 /U.

Ginekologik kasalliklar subyektiv (shikoyatlar, anamnez) va obyektiv tekshirish ma’lumotlariga asosan aniqlanadi (diagnoz qo’yiladi).

GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Bemorning asosiy shikoyatlarini bilib, oldingi hayoti va boshdan kechirgan kasalliklari to’g’risida, ushbu kasallikning qanday boshlanganligi haqida ma’lumotlar olinadi. Dastlab umumiy ma’lumotlar: bemorning familiyasi, ismi, otasining ismi, oilaviy ahvoli, kasb-kori, yoshi, turmushi va ovqatlanish sharoitlari, zararli odatlari bor-yo’qligini bilish kerak.

Bemorning yoshi muhim ahamiyatga ega, chunki bitta simptomning o'zi ayol kishi hayotining turli davrlarida har xil kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin. Bemorning kasb-kori, mehnat sharoitlarini bilish ko'pgina patologik jarayonlarning sabablarini aniqlab olishga yordam beradi. Masalan: og'ir yuk ko'tarish, tik oyoqda uzoq turib ishlash ayol kishi jinsiy a'zolarining noto'g'ri holat olishiga yo'l ochadi. Ishlab chiqarishda mehnat – sanitariya-gigiyena sharoitlari va xavfsizlik texnikasi buzilgan chog'larda vibratsiya, kimyoviy va radioaktiv moddalarga yaqin yurish ayollarning hayz ko'rish funksiyasiga va bola tug'ish funksiyalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Uzoq muddat sovqotish yoki haddan tashqari issiqlab ketish bilan aloqador ish yallig'lanish jarayonining qo'zishiga olib kelishi mumkin. Umumiy ma'lumotlarga ega bo'lgandan keyin uni vrachga kelishga majbur qilgan shikoyatlarini aniqlash kerak. Ginekologik bemorlar odatda og'riq borligi, oqchil kelayotgani, hayz sikli buzilganligidan (bachadondan qon ketayotganligi yoki hayz ko'rmasligidan), farzandsizlikdan noliydi.

Og'riqlar ginekologik kasalliklarda (vaqt-vaqti bilan tutib turadigan, kemirayotgandek bo'lib seziladigan, mudom simillab turadigan) ular zo'rligi, seziladigan joyi, tavsifi, tarqaladigan joyi jihatdan har xil. Anamnez yig'ishda irsiyatga ahamiyat berish kerak. Bemorning ota-onalari yoki yaqin qarindoshlarida surunkali infeksiyalar (sil va boshqalar, ruhiy, tanosil, o'sma kasalliklari, qon kasalliklari, moddalar almashinuvi kasalliklari, alkogolizm borligi bemorning ana shu kasalliklarga moyil-moyil emasligini aniqlab olishga yordam beradi). Bemorni so'rab surishtirish hayot anamnezini go'daklik davridan boshlab aniqlab olinadi. Ginekologik kasalliklarning sabablarini aniqlab olishda ilgari umuman boshidan kechirilgan dardlarning ahamiyati katta. Odamning tez-tez angina, revmatizm bo'lib turgani, jigar kasalliklari, neyroinfeksiya va boshqa kasalliklar bilan og'rigani aksari hayz funksiyasining buzilishiga jismoniy va jinsiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishga olib keladi.

AKUSHERLIK-GINEKOLOGIK ANAMNEZ

Ayol organizmi spetsifik funksiyalari: hayz, jinsiy, bola tug'ish va sekretor funksiyalarining xususiyatlari to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. So'rab surishtirishni birinchi marta qachon hayz kela boshlaganini (*menarxe*), hayz funksiyasining tipini (hayz sikli va hayzning qancha davom yetishi, keladigan qon miqdori, og'riq

bo'lish-bo'lmasligi), qachon so'nggi marta hayz bo'lganini aniqlashdan boshlash kerak. Jinsiy funktsiya xususiyatlari: jinsiy hayotning qachon boshlangani, jinsiy hissiyot, jinsiy aloqa vaqtida ko'riladigan o'zgarishlar (og'riq sezilishi, jinsiy aloqadan keyin qon aralash ajralmalar kelishi), bo'yida bo'lishdan saqlanish (kontratsepsiya) usullari ginekologik kasalliklar bilan bevosita bog'langan bo'ladi. Diagnostika aniqlashda bemor erining yoshi va salomatligi ham katta ahamiyatga ega. Bola tug'ish funksiyasining xarakterini aniqlab olishda ayol kishining necha marta bo'yida bo'lgani, homiladorlikning qanday o'tgani va oqibati nima bo'lgani sinchiklab surishtirib bilib olinadi. Bemor farzandsizlikdan noliydigan bo'lsa, avval qanday tekshirishlar va davo qilib ko'rilganini aniqlab olish kerak. Sekretor funktsiya xarakteri jinsiy yo'llardan patologik ajralmalar (oqchillar) kelish-kelmasligi va bularning miqdori haqidagi ma'lumotlar aniqlanadi. Ko'pincha vulva, qin, bachadon bo'yni va jinsiy sistema yuqorida yotgan a'zolarining har xil etiologiyali yallig'lanish kasalliklari oqchillar kelib turishiga sabab bo'ladi. Oqchillar bachadon polipi va rakning belgisi bo'lishi mumkin. Oqchil suyuq, suvsimon, yiringsimon, shilimshiqsimon, tvorogsimon bo'lishi mumkin.

Akusherlik-ginekologik anamnez xususiyatlarini aniqlab, bilib olgandan keyin mazkur kasallik anamneziga o'tiladi. Mazkur kasallikning qay tariqa avj olganligi to'g'risidagi ma'lumotlar: uning qachon paydo bo'lganligi, abort, tug'ruqlar, birga davom etib kelayotgan kasalliklar, hayz, sovg'otish, umumiy infeksiya va qilingan davoning xarakteri va natijalari to'g'risidagi ma'lumotlar alohida diqqatga sazovordir.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologik kasalni obyektiv tekshirish umumiy va maxsus tekshirishdan iborat. Umumiy tekshirish organizmning ahvoli to'g'risida umumiy tasavvur hosil qilishga imkon beradi. Bemorni umumiy ko'zdan kechirib, (tana tuzilishi, tipi, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoli, jun qoplaminin xarakteri, sut bezlarining holati va nechog'lik rivojlanganligini aniqlash) a'zo va sistemalarni umuman tibbiyotda qabul qilingan usullar bilan tekshiriladi. Ko'zdan kechirib chiqishdan tashqari qorinni va ko'krak qafasini palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya qilinadi.

Keyingi umumiy tekshirish: tana harorati, arterial bosimni o'lchab ko'rish, qon, siydik va axlatni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish.

Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usuli asosiy va qo'shimcha tekshirish usullaridan iborat.

Asosiy tekshirish usullari: tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish, ko'zgular yordamida tekshirish, qin orqali tekshirish: a) qinni tekshirish; b) ikki qo'llab qin va ichki jinsiy a'zolari tekshirish – bimanual (vaginal-abdominal tekshirish), to'g'ri ichak orqali tekshirish: a) rektal va rekto-abdominal yo'l bilan tekshirish; b) rekto-vaginal yo'l bilan tekshirish. Ginekologik bemorni tekshirish uchun ginekologik kresloga yoki qattiq kushetkaga yotqiziladi. Kreslning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi, tizzalardan bukilib, ikki yonga keng kerilgan oyoqlar oyoq tutgichlarda turadi. Ayolning ichi kelmagan bo'lsa, tozalovchi huqna qilinadi. Bemor qovug'ini bo'shatib olishi kerak.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNI KO'ZDAN KECHIRISH

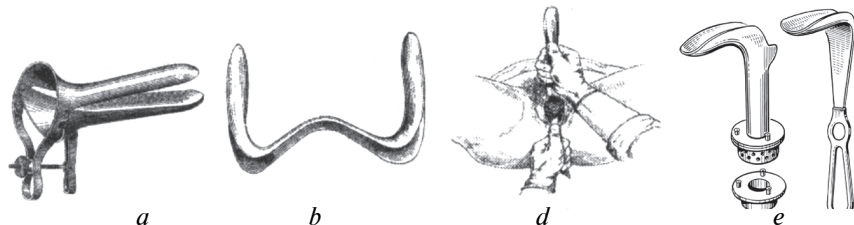
Jun qoplaminig tipiga, katta va kichik jinsiy lablar tuzilishiga, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining holati, qin dahlizidagi parauretral va katta bezlar chiqarish yo'llari; oraliq hamda orqa chiqaruv teshigi sohasining ahvoliga ahamiyat beriladi.

Qin dahlizini ko'zdan kechirish uchun jinsiy lablarni chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan ochib ko'riladi. Jinsiy yoriqning qanchalik ochilib turganiga ahamiyat beriladi. Bemorga kuchanib ko'ring deb buyurib, qin devorlari va bachadonning pastga tushgan-tushmaganligi aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin ko'zgular yordamida tekshiriladi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

Tabaqali (Kusko) va qoshiqsimon (Sims) ko'zgulardan keng foydalaniladi. Qinni ko'zgular bilan tekshirish uchun chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar ochilib, tabaqali ko'zgu yumilgan holda qinning o'rtasiga qadar kiritiladi. Ko'zguni ko'ndalangiga burib, tabaqalar ochiladi. Qoshiqsimon ko'zgu avval qirrasi bilan qinning orqa devori bo'ylab kiritiladi, so'ngra, ichkari kiritilgach, ko'ndalangiga burilib, orqa tomonga – oraliq tomonga tortiladi. Oldingi ko'zgu bilan qinning oldingi devori ko'tarib turiladi. Ko'zgular bilan tekshirishda bachadon

bo'ynining shakli (konussimon, silindrik, deformatsiyaga uchragan bo'lishi mumkin), holati, katta-kichikligi, shilliq pardasining rangi, patologik jarayonlar bor-yo'qligi aniqlanadi. Ko'zguni chiqara borib, qin devorlari ko'zdan kechiriladi (149-rasm).



149-rasm.

a) Kusko ko'zgusi; b) Sims ko'zgusi; d) ko'zgularni kiritish; e) ko'targichlar.

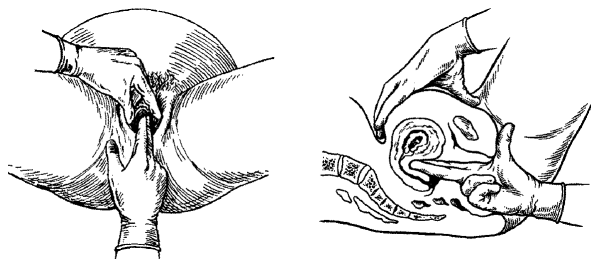
QIN ORQALI TEKSHIRISH (ICHKI)

Oraliq, chanoq tubi muskullari, uretra, qin dahlizi katta bezlari, qin devorlari va bachadon bo'yni qin qismining holatini aniqlashga imkon beradi.

Ikki qo'llab tekshirish (bimanual, vaginal-abdominal tekshirish) bachadon, bachadon ortiqlari, qorin pardasi chanoq qismi va chanoq kletchatkasi kasalliklarini aniqlash maqsadida qo'llaniladi. Avval bachadon tekshirilib, uning holati, katta-kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi, og'rish-og'rimasligi aniqlanadi. Ikki qo'llab tekshirishda bachadon yuqori, past, oldingi tomonga va ikkala yon tomonga bir qadar suriladi, lekin keyin avvalgi holatini egallaydi. Shu narsa harakatchanligi fiziologik xarakterini belgilaydi. So'ngra bachadon ortiqlari tekshiriladi. Ikkala qo'l barmoqlari (tashqi va ichki tomondan) bachadon burchaklaridan chanoqning yon devorlariga qarab asta-sekin suriladi. O'zgarmagan bachadon naylari qo'lga sezilmaydi, tuxumdonlar kichikroq tuxumsimon tuzilmalar paypaslanadi (150-rasm).

Rektal va rekto-abdominal tekshirish — qizlarda qin atreziyasi yoki stenozi mahalida, shuningdek, jinsiy sistemada yallig'lanish yoki o'sma jarayonlari bo'lganida qo'llaniladi. Tekshirishni rezina qo'lqop ustidan barmoqqa vazelin surilgan napalchnik kiyib tekshiriladi.

Rekto-vaginal tekshirish — qin orqa devori yoki to'g'ri ichak oldingi devori kasalliklarida foydalaniladi. Bunda qinga ko'rsatkich barmoq, to'g'ri ichakka esa o'ng qo'lning o'rta barmog'i kiritilib, tekshiriladi.



150-rasm. Ayollarni ikki qo'l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish.

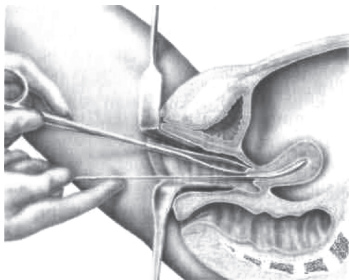
Qo'shimcha tekshirish usullari: kolposkopiya, bachadonni zondlash, qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish, biopsiya, rentgenologik tekshiruv, ultratovush tekshiruvi, laboratoriya usulida tekshirish (siydik chiqarish kanalidan, qindan, bachadon bo'ynidan laboratoriya tekshiruvi uchun surtma olish, qon va siydik tahlillari), endoskopik tekshiruv, funksional diagnostik tekshiruv usullaridan iborat.

Kolposkopiya – bachadon bo'yni qin qismini kolposkop yordamida 10–30 baravar kattalashtirilgan holda ko'zdan kechirish. Bu rak oldi holatini aniqlashga, bachadon bo'ynida rakni dastlabki darajalarida gumon qilishga, bachadon bo'ynidan nishonga olib turib biopsiya qilinadigan joyni tanlab olishga imkon beradi. Kolposkopiyaning o'tkazish uchun hamshira 2 ta bankachada 3% li sirka kislotasi eritmasi (bachadon bo'yni yuzidagi shilimshiqni olib tashlash uchun) va lyugol eritmasi (Shiller sinamasini qilib ko'rish uchun) tayorlab qo'yish kerak. Bu kengaytirilgan kolposkopiya uchun qo'llaniladi (151-rasm).

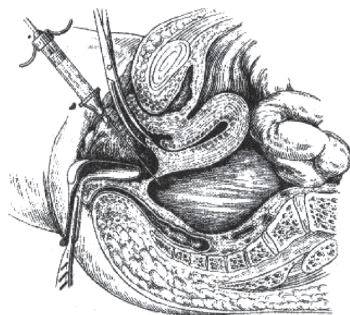


151-rasm. Binokulyar kolposkoplar.

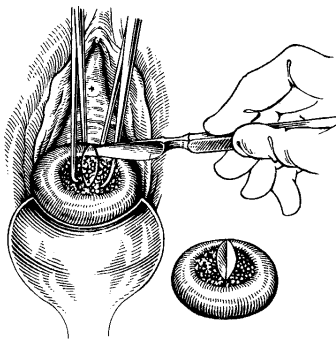
Bachadonga zond solish uchun bachadonning vaziyatini aniqlab, bo'yni va devorlarida o'smalari yoki shikastlangan joylari bor-yo'qligini bilish uchun sm larga bo'lingan maxsus metall zond – bachadon zondi ishlatiladi (152-rasm).



152-rasm. Bachadonni zondlash.



153-rasm. Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.



154-rasm. Bachadon bo'ynidan biopsiya olish.

Tibbiyot hamshirasi qoshiqsimon ko'zgular, tugmachali qisqichlar (pulevoy qisqich), kornsang va bachadon zondi, qin va bachadon bo'yni shilliq pardasini tozalash uchun paxta sharchalar bilan dezinfeksiyalovchi eritmalarini tayyorlab qo'yishi kerak.

Qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish qorin bo'shlig'idagi suyuqlik tabiatini (unda ekssudat, qon, yiring bor-yo'qligini) bilish maqsadida, bachadondan tashqari homiladorlik deb gumon qilinganida bajariladi. Buning uchun hamshira qoshiqsimon ko'zgu, kornsang, tugmachali qisqich, teshigi keng o'tkir uzun igna (Bir ignasi) va shu ignaga mo'ljallangan shpris, dezinfeksiyalovchi eritmalar, paxta sharchalar tayyorlashi kerak (153-rasm).

Biopsiya qilish — kesib olingan to'qimani gistologik tekshiruvdan o'tkazish uchun foydalaniladi. Xavfli o'sma deb gumon qilinganda, bachadon bo'yni, qin hamda tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi patologik o'zgargan joydan biopsiya olib ko'riladi. Kesib olingan to'qima bo'lagi 10 % formalin yoki spirtli bankaga solinadi, gistologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Hamshira quyidagi steril asboblarni tayyorlashi kerak: qoshiqsimon ko'zgu, tugmachali qisqich (Myuzo qisqichi), kornsang, xirurgik uzun pinset, skalpel yoki konxotom, igna, ignatutgich, qaychilar,

tikuv materiallari, tamponada qilish uchun 8–10 sm steril bint, konxotom ishlatilsa elektrokoagulatsiya qilinadi (154-rasm).

Rentgenologik tekshirish usullarida ginekologiyada gisterosalpinogografiya — ya'ni kontrast modda yuborgandan keyin bachadon,

bachadon naylari rentgen suratini olish ko'p qo'llaniladi. Kontrast moddalar (kardiotrast, diodtrast, diofen, verografin) suvda tayyorlanadi. Yodolipol – yog'da tayyorlanadi. Shprisga ulangan maxsus nakonechnik orqali bachadon bo'shlig'iga yuboriladi. Gisterosalpingografiyada bachadon bo'shlig'i katta-kichikligi va shaklini, bachadon naylari o'tkazuvchanligini o'zgartira oladigan patologik jarayonlar (submukoz mioma, poliplar rivojlanish nuqsonlari) aniqlanadi. Hamshira bemorga tozalovchi huqna qo'yadi, tekshirish oldidan siydik pufagini bo'shatishiga ko'z-quloq bo'lib turadi. Kerakli asboblarni tayyorlaydi. Ko'zgularni ushlab turadi. Asboblarni yig'ishtirib, yuvib oladi.

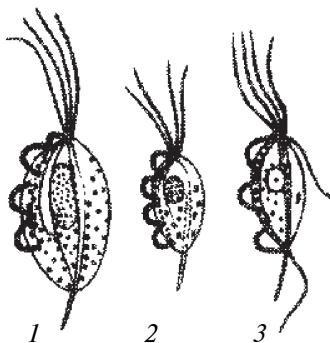
Ultratovush yordamida tekshirish – zichligi har xil bo'lgan to'qimalarning ultratovush energiyasini har xil darajada yutish xossasiga asoslangan. Aks yetgan impulslar elektron nur trubkasining ekranida exogrammalar ko'rinishida qayd qilib boriladi (155-rasm).



155-rasm. Ultratovush apparatida tekshirish.

LABORATORIYA TEKSHIRISH USULLARI

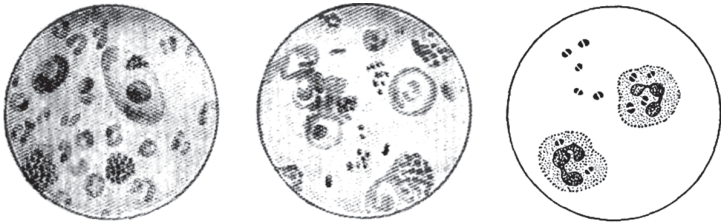
Bakterioskopik tekshirishda qin, bachadon bo'yni kanali va uretradan chiqadigan ajralmalar tekshiriladi. Bemor surtmalar olinishiga 2 soat qolganida siymasligi kerak. Hamshira 2 ta buyum oynachasini tayyorlab qo'yishi shart. Har bir oyna maxsus qalam bilan 3 qismga bo'linadi. Biriga U, (bu urethra degan ma'noni bildiradi), ikkinchisi C harfi (cyervix – bachadon bo'yni), uchinchisi V harfi (vagina – qin) yozib qo'yiladi. Ayol ginekologik kresloga yotqizilib, avval uretradan surtma olinadi, buning uchun qinga kiritilgan barmoq bilan uretra ohista massaj qilinadi. Ure-



156-rasm. Trixomonadalar: 1 – og'iz bo'shlig'i trixomonadasi (*trichomonos buccalis*); 2 – ichak trixomonadasi (*trichomonos intestinalis*); 3 – qin trixomonadasi (*trichomonos vaginalis*).

tradan material salgina qirish yo'li bilan olinadi, U belgisi qo'yilgan buyum oynasiga doiracha ko'rishida tushiriladi. Bachadon bo'yni kanalidan, so'ngra qin orqa gumbazidan pinset yoki korn-sang bilan olinadi (shtrix belgilab qo'yiladi). Surtmalar quritilib, keyin tegishli yozuv bilan laboratoriyaga yuboriladi (156-rasm).

So'zak kasalligi gumon qilingan bemorlarda provokatsiya o'tkaziladi. Provokatsiya – organizmga maxsus ta'sir ko'rsatib, yal-lig'lanish jarayonini qo'zg'ashiga qaratilgan chora-tadbirlardir. Fi-ziologik, biologik, termik, kimyoviy, mexanik va alimantar pro-vakatsiyalar tafovut qilinadi (157-rasm).



157-rasm. Ko'rish maydonida Neyser diplokokklari (gonokokklar).

QIN EPITELIYSI SITOLOGIYASINI ANIQLASH (KOLPOTSITOGRAMMA)

Estrogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavvatli silliq epiteliysida shoxlanish jarayoni kechadi. Qanchalik estrogenlar miqdori ko'p bo'lsa, shunchalik kuchli rivojlangan shoxlanish jarayoni bo'ladi.

Organizmda estrogen gormonlar kamroq bo'lganda, qinda oraliq epiteliylari ko'zga tashlanadi. Estrogenlar kam miqdorda bo'lsa, (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoestrogenemiya) bazal parabazal epiteliylar ko'p miqdorda bo'ladi. Sitologiyada qaysi epiteliy qay miqdorda bo'lishiga qarab 4 xil reaksiya tafovut etiladi.

I tip – surtmada, asosan, atrofiyalangan bazal epiteliylar, leykotsitlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmda estrogen gormonlarining keskin yetishmasligida kuzatiladi (balog'atga yetmagan qiz bolalalarda, menopauzada, tuxumdon gipofunksiyasida, amenoreya holatida uchraydi).

II tip – surtmada bazal, parabazal, ba'zan oraliq epiteliylar va leykotsitlar uchraydi. Bu holat estrogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, menopauza davriga xos.

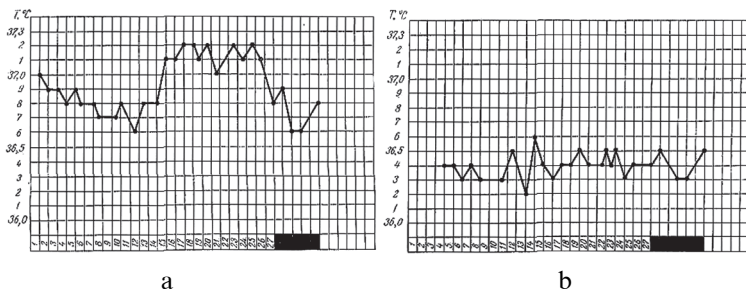
III tip – surtmada, asosan, oraliq epiteliylari, onda-sonda shoxlangan epiteliylar ko‘zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda estrogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

IV tip – surtmada, asosan, shoxlangan yuza qatlam epiteliylari uchraydi. Bu holat estrogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikular fazasiga xosdir.

Endoskopik tekshirish usullari bemor jinsiy a‘zolarini maxsus optik asbob yordamida ko‘zdan kechirib chiqishdir. Kolposkopiya, gisteroskopiya, laparoskopiya va kuldoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya qo‘llaniladi. Laparoskopiyada anesteziya ostida oldingi qorin devoridan teshik ochilib, asbobni shu teshik orqali qorin bo‘shlig‘iga kiritib ko‘riladi. Kuldoskopiyada asbob qin orqa gumbazi orqali kiritiladi. Bunda kichik chanoq a‘zolari ko‘zdan kechiriladi. Sistoskopiya-qovuq ichki yuzasi tekshiriladi. Rektoro-manoskopiyada – to‘g‘ri va sigmasimon ichaklar ichki yuzasi ko‘zdan kechiriladi.

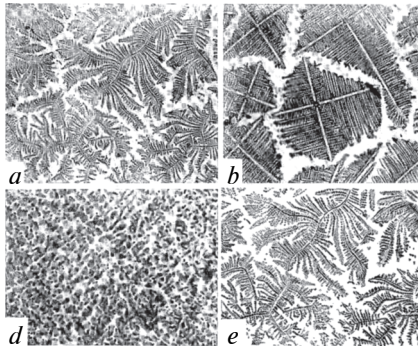
Funksional diagnostika usuli – bu tuxumdonning gormonal funksiyasiga baho berishda qo‘llaniladi.

1. Bazal haroratni o‘lchash. To‘g‘ri ichak, qin, og‘iz haroratini o‘lchash ishlari kiradi. O‘zbekiston Respublikasida hayz siklini tartibga soluvchi markazning gipertermik ta‘siriga asoslangan. O‘rinda yotgan holda har kuni 1 soatda, 1 ta (almashtirilmagan) termometrni to‘g‘ri ichakda 5–10 daqiqa qo‘yilib, harorati o‘lchab, yozib boriladi. Bir necha oy davomida olingan natija grafikka tushirilib, o‘shanga qarab estrogen va progesteron muvozanati, yana ovulatsiya bor-yo‘qligi aniqlanadi. Estrogen-progesteron muvozanati normada bo‘lib, ovulatsiya bo‘lgan holatda grafikda 2-faza (interpre-



158-rasm. Bazal haroratning grafikda qayd qilinishi:

a–ikki fazali hayz siklida ovulatsiyadan keyin bazal haroratning ko‘tarilishi; b–anovulator sikliga xos bir tonli bazal harorat.



159-rasm. Bachadon bo'yni kanali shillig'ining arborizatsiya (qirq bo'g'in) simptomi:

a, e – arborizatsiya simptomi yaqqol ko'zga tashlanadi (+++); b – arborizatsiya simptomi qisman rivojlangan (+); d – arborizatsiya simptomi manfiy (-).

tatsiya) kuzatiladi. Ya'ni, 1-faza gipotermiya fazasi bo'lib, T–37°C gacha, ovulatsiyadan keyin T–38,4°C gacha ko'tariladi. Bu ma'lumot ovulatsiya bo'lib, sariq tana taraqqiyoti natijasida progesteron yetarli darajada ajralayotganligidan dalolat beradi.

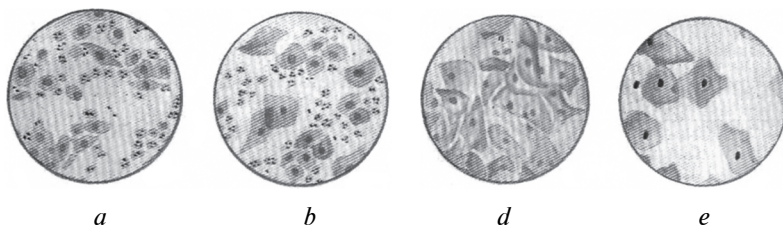
2. “Ko'z qorachig'i fenomeni” usuli yordamida estrogen gormonining konsentratsiya holati aniqlanadi. Hayz siklining follikular fazasida bachadon bo'yni kanalidagi bezlar ko'p miqdorda shilliq ajratadi. Estrogen – follikulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ular-

ning miqdori oshib boradi. Ovulatsiya davrida sekret ko'payadi. Sekret oshgan sari bachadon bo'ynining tashqi teshigi kengaya boradi: 0,25–0,3 sm gacha. Hayz siklining 8–9-kunidan boshlab ko'z qorachig'iga o'xshab ketadi. Bachadon bo'yni kanalida tiniq shilliq bo'lib, bachadon ichi qorong'u bo'lganligi uchun qoramtir ko'rinadi. Estrogen bachadon bo'ynidan ajraladigan shilliqni suyultiradi, progesteron quyultiradi va kamaytiradi. Ko'z qorachig'i fenomeni quyidagicha belgilanadi: a) agar (-) bo'lsa, (manfiy) aniq emas; b) agar (+) bo'lsa, (musbat) biroz aniq; d) agar (++) bo'lsa, bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi 0,2 sm ochiq, qisman aniq; e) agar (+++) bo'lsa 0,3 sm ochiq, shilliq ko'p, estrogen yetarli.

3. Bachadon bo'yni shillig'ining kristallga aylanish belgisi (arborizatsiya, kristalizatsiya, qirq bo'g'im fenomeni). Bachadon bo'yni kanalidan ajraladigan shilliq tarkibida natriy xlor bo'lgani sababli, uni olib xona haroratida quritilsa, kristallga aylanadi, paprotnik bargi shaklini oladi, buni mikroskop ostida kuzatiladi: a) (-) estrogen kam, kristalizatsiya yo'q, shilliq amorf holatda, Hujayra elementlari to'plangan holatda; b) (+) estrogen oz miqdorda bo'ladi, kristalizatsiya aniq bo'lmaydi, ayrim shoxchalar va kristallar ko'rinadi; d) (++) estrogen qisman bor, paprotnikning aniq shakli ham bor, shakli yupqa; e) (+++) estrogen

maksimal holatda, kristallar yirik, turkum-turkum bo'lib joylashgan, papirotnik shakli aniq, uning shoxlari qalin.

4. Bachadon bo'yni kanali shillig'ining cho'zilish darajasini aniqlash. Uzun pinset yordamida bachadon bo'yni kanalining shillig'i olinib, uni cho'zib ko'riladi. Uning maksimal cho'zilish darajasi ovulatsiya vaqtiga to'g'ri keladi: a) (+) shilliq 6 sm gacha cho'ziladi, estrogen kam miqdorda; b) (++) shilliq 8–10 sm gacha cho'ziladi, yetarli darajada estrogen bor; d) (+++) shilliq 10–15 sm cho'ziladi, estrogen gormonlari maksimal konsentratsiyada. Sitologik tekshirish usulida rak kasalliklari aniqlanadi.



160-rasm. Laboratoriya tekshirish usullari.

a—ko'rish maydonida bazal va parabazal hujayralar; b—parabazal va oraliq hujayralar; d—oraliq hujayralar; e—shoxlangan hujayralar.

Nazorat savollari

1. Ginekologiya fani nimani o'rganadi?
2. Ginekologiya bo'limining tuzilishi va hujjatlari.
3. Ginekologik bemorlarni so'rab-surishtirish.
4. Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish.
5. Ginekologik bemorlarni asosiy tekshirish usullari.
6. Ginekologik bemorlarni qo'shimcha tekshirish usullari.

XXVII BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA PREDMENSTRUAL SINDROM

Balogʻatga yetgan, boʻyida boʻlmagan ayol organizmida navbat bilan takrorlanuvchi murakkab oʻzgarishlar roʻy beradi, bu oʻzgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Normal hayz koʻrish sikli har 21–28, 30–35 kunda takrorlanib turadi. Hayz faoliyatining buzilishiga: asab-ruhiy kasalliklar, ginekologik kasalliklar, tashqi muhit, hayotning umumiy moddiy-maishiy sharoiti, ovqatlanish buzilganligi, yuqumli kasalliklar, tuxumdonda jinsiy gormon ishlab chiqish siklining oʻzgarishi sabab boʻlishi mumkin.

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

1. Amenoreya – 6 oy va undan koʻproq muddatgacha hayz koʻrmaslik.

2. Disfunktsional qon ketish (anovulyator, yuvenil qon ketish).

3. Siklik oʻzgarishlar (gipomenstrual sindrom va gipermenstrual sindrom).

Gipomenoreya – hayzning juda oz kelishi. Oligomenoreya – hayzning qisqa, bir-ikki kun davom etishi. Opsomenoreya – hayzning oʻrtada 35 kundan koʻproq vaqt oʻtkazib, ahyon-ahyonda kelishi. Gipermenoreya – hayz vaqtida koʻp miqdorda qon kelishi. Polimenoreya – hayzning 7 kundan koʻproq davom yetishi. Proyomenoreya – har 15–20 kunda tez-tez hayz koʻrish. Algodis-menoreya – hayz qonining ogʻriqli kelishi. Asiklik qon ketishlar – metrorragiya. Shuningdek, quyidagi sindromlar shaklida ham namoyon boʻladi: a) hayz oldi – predmenstrual sindrom; b) klimakterik sindrom; d) postkastratsion sindrom.

Prepubertat davrda qizlar juda koʻp qon yoʻqotib, kamqon boʻlib qolishi mumkin. Aqlan, ruhan charchash, jismonan charchash, endokrin bezlar kasalliklari, modda almashinuvining buzilishi bilan davom etadigan kasalliklar (yogʻ bosishi), ovqatlanishning buzilishi, ekstragenital kasalliklar sabab boʻlishi mumkin. Qizlarning barvaqt balogʻatga yetishi sababli haddan tashqari erta hayz koʻrishi (*menstruasiya proyecox*) hodisasi ham hayz koʻrish funksiyasining buzilishiga kiradi. Masalan, 8–10 yoshda hayz koʻrish. Bunda ikkilamchi jinsiy belgilar ham barvaqt koʻzga tashla-

nadi (qov, qo'ltiq ostiga jun chiqadi, chanog'i kattalashadi, tashqi jinsiy a'zolar va sut bezlari taraqqiy etadi). Barvaqt balog'atga yetishning etiologiyasi hamma vaqt ochiq-ravshan bo'lavermaydi. Tuxumdon o'smalari (ko'pincha teratomalari), shuningdek gipofiz, buyrak usti bezlari va boshqa a'zolarining o'smalarida kuzatilgan.

Haddan tashqari kech 20–21 yoshda hayz ko'rish kechikkan hayz ko'rish (*menstruasiya tarda*) deyiladi. Bunday hollarda infan-tilizm belgilari kuzatiladi.

AMENOREYA

Tasnifi: amenoreya – 6 oydan ko'proq muddatgacha hayz ko'rmaslik. Fiziologik amenoreya – qizbola balog'atga yetguncha, prepubertat davrda, klimakterik (menopauza) davrda, homiladorlik davrida, bir necha vaqtgacha bola emizish (laktatsiya) davrida hayz ko'rmasligi fiziologik amenoreya hisoblanadi. Patologik amenoreya – azaldan hayz funksiyasi bo'lmay kelayotgan bo'lsa – birlamchi amenoreya, qandaydir kasallik munosabati bilan davom yetib kelayotgan hayz to'xtab qolsa, ikkilamchi amenoreya deyiladi. Qizlik pardasi teshigi bo'lmasligi (*atrezia hymeni*), qinning bo'lmasligi (*atrezia vagini*), bachadon bo'yni kanalining bitib qolishi kabi anomaliya holatlarida siklik o'zgarishlar sodir bo'lgan bachadon shilliq qavatidagi funksional qatlam ko'chib, hayz qoni tashqariga chiqmasdan qolish hollari soxta amenoreya hisoblanadi. Soxta amenoreyalar hamshiralik amaliyotida muhim ahamiyat kasb etadi. Aksariyat hollarda, qishloq joylarida yashaydigan qizlarda balog'atga yetsa ham hayz ko'rmasligi, bir necha sikldan keyin qorinda hayz ko'rish kunlari kelganda qattiq og'riq bo'lishi, qorin pastki qismida shish paydo bo'lishi ko'pincha qizlar appenditsit yoki o'tkir qorin diagnozi bilan operatsiya bo'lishiga, qorin bo'shlig'ida o'sma bor degan taxmin qilinishiga sabab bo'ladi. Bunday xatolar amaliyotda ko'p uchraydi. Shuning uchun birinchi marta qizlar bilan hamshira duch keladi, buni yaxshi bilishi zarur. Chin amenoreya – qizlarning jinsiy yetilish davridan boshlab umuman hayz ko'rmaslik holati. Aksariyat hollarda bachadon atreziyasi (bachadon bo'lmasligi), tuxumdonlar gipoplaziyasi natijasida organizmning estrogen gormonlari bilan ta'minlanmasdan qolishi, gipofiz – gipotalamus sistemasidagi keskin o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin.

Bachadondan asiklik, ya'ni siklga aloqasiz holda qon kelib turish hollari (metrorragiyalar), odatda, hayz funksiyasining buzilishiga bevosita aloqador bo'lmaydi va ayollar jinsiy a'zolarida o'smalar paydo bo'lganda kuzatiladi. Asosan, submukoz fibromiomalar, bachadon bo'yni va tanasi raki rivojlangan hollarda uchraydi. Bachadondan disfunktsional, yuvenil qon ketish, anovulyator (bir fazali) qon ketish hollari, gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon sistemasidagi neyroendokrin regulatsiyaning patologik tarzda o'zgarishi munosabati bilan boshlanadi. Ayni vaqtda, bir yoki bir necha follikula funksiyasi buzilib, uzoq cho'zilib, ovulatsiya yuz bermaydi, sariq tana hosil bo'lmaydi. Bunday patologik jarayonlarda tuxumdonlarda siklik ravishda jinsiy gormonlar ishlanib chiqishi buziladi va odatda ayol organizmiga estrogenlar uzoq ta'sir etib turadi.

K l i n i k a s i: uzoq qon ketish, ko'p qon ketish, kamquvvatlik, ikkilamchi anemiya.

D i a g n o s t i k a: bachadon tanasining shilliq pardasidan diagnostika maqsadida qirma olib, tekshirib ko'rilganda endometriyning giperplaziyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Bazal haroratni o'lchash, qin yepitelyatsining sitologiyasini aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

D a v o l a s h: gormonal gemostaz deganda, 3–5 kun davomida (ketayotgan qon to'xtaguncha) estrogen gormonlar (sines-trol, diyetilstelbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan inyeksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib, qonni to'xtatish mexanizmi tushuniladi.

ANOVULYATOR, YUVENIL QON KETISHLAR

S a b a b l a r i. 1. Endokrin bezlarning birortasi, asosan, gipofiz bezining faoliyati buzilishi. 2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining buzilishi. 3. Ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishiga fermentlar stimulyatsiyasining yetarli bo'lmasligi. 4. Biror-bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi. 5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi. 6. Markaziy nerv tizimida (gipotalamogipofizar tizimdagi) o'zgarishlar (qattiq hayajon, qo'rqish ta'sirida).

ANOVULYATOR QON KETISH

Yuqorida qayd etilgan sabablarga ko'ra, follikulalar yorilmasdan qolib, ular mayda kristalchalarga aylanishi yoki follikula yetilmasdan atreziyaga uchrashi oqibatida bir fazali hayz sikli rivojlanishi –

anovulyator hayz sikli deyiladi. U yuvenil qon ketishi, klimakterik qon ketishlar shaklida namoyon bo'ladi.

K l i n i k a s i. Anovulyator yuvenil qon ketishi hayzning to'xtab qolishi (7–8 hafta davomida), ya'ni hayz kelish mud-datidan bir yarim-ikki oy o'tib ketib, birdaniga bachadondan kuchli qon ketishi bilan tavsiflanadi. Ba'zan normal hayz ko'rish birmuncha qisqargan holda, yuvenil qon ketish bilan almashinib turadi. Kamqonlik kasalligiga olib keladi.

Yuvenil qon ketish deganda, qizlarning balog'atga yetish davridagi anovulyator qon ketishi tushuniladi.

Jinsiy taraqqiyot davri – jismoniy-jinsiy jihatdan farq qiladi. Ularda biologik yetilish tez ro'y beradi, ammo pubertat yoshining 1-fazasi boshlanishi sekinlashib, kattaroq yoshga yetganda qon ketish surunkali bo'ladi.

D i a g n o s t i k a s i bemorning shikoyatlari anamnezi va obyektiv tekshirish usullari yordamida aniqlanadi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi, muhim diagnostik ahamiyatga ega.

D a v o l a s h. Prepubertat davrdagi qon (yuvenil) ketishda – estrogenli gemostaz, progestinli gemostaz, bachadon bo'ynini elektrostimulatsiya qilish, siklik gormonal terapiya o'tkazish. Gormonal gemostaz deganda 3–5 kun davomida (kelayotgan qon to'xtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, diyetilstilbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan inyeksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib reflektor yo'l bilan qonni to'xtatish mexanizmi tushuniladi. Pubertat davrdagi qon ketishda – gormonal gemostaz; yetuklik davridagi qon ketishda – bachadon shilliq pardasini qirish, bachadon ichiga yod yuborish, bachadon bo'ynini elektrostimulatsiya qilish va krioterapiya, siklik gormonal terapiya, estrogen-gestogen dori vositasi bilan davolash. Klimakterik davrdagi qon ketishda – bachadon shilliq qavatini qirish, gormonal gemostaz, bachadon ichiga yod yuborish, estrogen-gestogenlar, gormonlar ta'sirida tuxumdon funksiyasini so'ndirish.

P r o f i l a k t i k a s i. Hayz funksiyasi buzilishi hollarining profilaktikasi ona qornida ayol jinsidagi homila rivojlanayotgan davrda, jinsiy sistema vujudga kelib, tabaqalanishga kirishadigan mahalda boshlanadi.

Antenatal, homila muhofazasiga doir chora-tadbirlarni ko'rish kerak. Homilador ayolni noqulay tashqi muhit omillaridan (kim-

yoviy moddalar, nur energiyasi, dori-darmonlarning salbiy ta'siridan) infeksiya, virusli kasalliklardan saqlash kerak.

Sog'lom turmush tarzi, to'g'ri ovqatlanish, ekstragenital, ginekologik kasalliklarni vaqtida davolash qilish — hayz funksiyasining buzilishining oldini olishga imkon beradi.

Hayzoldi sindromi, klimakterik sindrom, postkastratsion sindromlar — asosiy neyro-endokrin sindromlar hisoblanadi.

Hayzoldi sindromi — hayz siklining ikkinchi yarimida hayz boshlanishiga bir necha kun qolganda bosh og'riqi, ko'ngil aynishi, et uvishishi, uyqusizlik, tajanglik, yig'loqilik, taxikardiya va boshqa patologik simptomlar kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar siklik tarzda paydo bo'lib turishi, hayzdan keyin yo'qolishi mumkin.

D a v o s i: psixoterapiya, umumiy tetiklantiruvchi chora-tadbirlar, tinchlantiradigan, siydik haydaydigan dori vositalari va jinsiy gormonlar buyuriladi.

Klimakterik sindrom — his-tuyg'ulari ko'p tug'yonga keladigan, shuningdek 46–50 yoshga kelib, organizmi qayta tuzilayotganda, ichki a'zolarining surunkali kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda avj oladi.

K l i n i k a s i. Birdan qizib ketgandek seziladi, terlash, yurak o'ynashi, bosh og'riqi, et uvishishi, bo'g'ilish, ko'ngilni vahima bosish, yurak sohasida og'riq, qo'l-oyoqlar uvishib turishi kabi klinik manzara ko'zga tashlanadi.

Postkastratsion sindrom — tuxumdonlar olib tashlangandan keyin kasallik boshlanadi. Klinikasi klimakterik sindromdek.

Postkastratsion sindrom uchun asteniya (asteniya odam o'zini bequvvat, charchoq sezishi, xotira pasayishi bilan ifodalanadi) avj olib borishi, shuningdek odamning semirib, ateroskleroz paydo bo'lishi xosdir.

D a v o s i. Klimakterik va postkastratsion sindromga qilinadigan davolash, umuman tetiklantiradigan chora-tadbirlar (suv muolajalari, davolash gimnastikasi, massaj). Parhez tutish, tinchlantiruvchi dori-darmonlar (seduksen, frenolon, tazepam, valeriana preparatlari), vitaminlar, jinsiy gormonlar beriladi.

ALGODISMENOREYA

Hayz ko'rish kunlari qattiq betob bo'lib, tibbiy yordam olish uchun murojaat qiladigan qizlar uchrab turadi. Qorinning pastki

qismi, bel, dumg'aza sohasida lo'qillab, g'ijimlab, sanchib turadigan og'riq yoki vaqt-vaqti bilan bo'ladigan og'riq sezilishi mumkin.

Algodismenoreyada og'riq turli vaqtda, hayz ko'rishga bir necha kun qolganda, hayz ko'rish vaqtida, hayz ko'rish oxirida, hayz ko'rish davomida kuzatilishi mumkin. Bachadonning noto'g'ri joylashuvi, yallig'lanish kassalliklari, infantilizm, nevrasteniya, isteriya, o'smalarda og'riqli hayzga sabab bo'ladi.

D a v o s i. Asosiy kasallikning davo chorasini ko'rish. Simptomatik davo. Og'riq refleksini keltirib chiqaradigan sabablarni bartaraf qilish. Dismenoreya bo'lgan ayollarning nerv-psixik holatini davolash. Nerv kasalligi sababli kelib chiqqan bo'lsa, bemorni nevropatologga yuborish. Gimnastika, sport bilan shug'ullanish, fizioterapiya, gormonoterapiya, shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

HAYZ VAQTIDAGI GIGIYENA VA HAMSHIRA PARVARISHI

Hayz vaqtida ayol odatdagi ishlarini bajarib yurishi mumkin. Biroq charchash, jismoniy zo'riqish, sovuq qotish va haddan tashqari isib ketishdan saqlanishi kerak. Hayz oldidan va hayz vaqtida achchiq, sho'r taomlar va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish man etiladi. Hayz qoni bemalol oqib, maxsus gigiyenik paxta dokali taglikka shimdirilishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari kuniga 2–3 marta iliq qaynagan suv bilan yuvish kerak. Vannaning o'rniga dush qabul qilish tavsiya yetiladi, chunki vannadagi ifloslangan suv qinga tushishi mumkin.

Ajralmalar miqdoriga qarab gigiyenik paket, tampon va taglikni har 3–6 soatda almashtirib turish kerak. Hayz davrida gigiyenik muolajalar tez-tez bajariladi.

Ogohlantirish. Qinda qolib ketgan tampon ahvolning yomonlashishiga va bakteriyalar ko'payishiga, zararli mahsulotlarining so'rilishi natijasida toksik shokka sabab bo'lishi mumkin.

Nazorat savollari

1. Hayz siklining buzilishi tasnifi.
2. Amenoreya. Amenoreya turlari, kelib chiqish sabablari, davolash.
3. Algodismenoreya, sabablari, klinikasi, davosi.
4. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

XXVIII BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifiga uch tamoyil asos qilib olingan.

Etiologik omil kasallik qo'zg'atuvchisi infeksiyon, mexanik, termik, kimyoviy, tromboz, qon quyilishi, to'qimalarning nekrozga uchrashi kabi omillar. Infeksiya limfagen, gematogen, kanalikulyar yo'l bilan tarqaladi. Klinik o'tishi o'tkir, yarim o'tkir, surunkali kechadi va kasallikning qayta qo'zg'alish davri bo'ladi. Kasallik chaqiruvchi mikroblarning guruhlarida septik yallig'lanish kasalliklari, spetsifik yallig'lanish kasalliklariga ajratiladi. Kasallik qamrab olgan joyiga qarab tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi tafovut qilinadi. Infeksiya ekzogen va endogen yo'l bilan yuqadi. Kasallikning klinik o'tishi qo'zg'atuvchisining virulentligiga hamda organizm himoya kuchining xususiyatlariga bog'liq.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI

Vulvit — asosan, jinsiy lablar yallig'lanishi. Ayol qinga kirish sohasi achishib, og'rib turganidan, qichishdan noliydi. Ko'zdan kechirilganda to'qimalar qizarib shishgani, yiringsimon ajralmalar kelayotgani ko'rinadi, yaralar ham topilishi mumkin.

D a v o s i: 2% li borat kislotasi eritmasi, moychechak damlamasi, bilan yuvib tozalab, sintomitsin yoki streptotsidli emulsiya surtiladi yoki primochka qilinadi, ya'ni eritma shimdirilgan salftetka bilan yopib qo'yiladi.

Bartolinit — katta vestibulyar bezlarning yallig'lanishi. Katta jinsiy lab sohasi qattiq og'rib, shishib ketishi va infiltratsiya paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Yallig'lanish yiringli bo'lsa, tana harorati ko'tariladi. O'tkir bosqichda bemorga o'rnidan turmay yotishi, zararlangan bez sohasiga muzli xalta qo'yish, antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari buyuriladi.

Yiringli yallig'lanishda jarrohlik yo'li bilan davo qilinadi. Yiringlagan joyni yorib, bo'shlig'iga 10% gipertonik natriy xlorid erit-

masiga ho‘llangan trundalar, so‘ngra Vishnevskiy mazi surtilgan trundalar qo‘yiladi. So‘rilish bosqichida fizioterapevtik davo – UVCh qo‘llaniladi.

ICHKI JINSIY A‘ZOLARNING YALLIG‘LANISHI

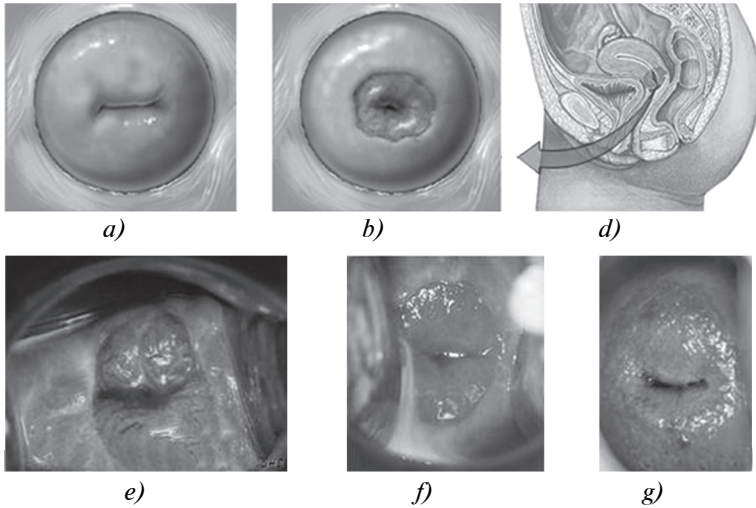
Kolpit – qinning yallig‘lanishi. Oqchil kelishi, qinning qichishib og‘rib turishi. Ko‘zdan kechirilganda qin devori qizargan, shishgan, ba‘zan och qizil tusli mayda toshmalar va yiring g‘u-borlari borligi ko‘rinadi. Trixomonadali kolpitda ajralmalar sarg‘ish yashil ko‘pikli, zamburug‘li kolpitda, suzmasimon, oq massa ko‘rinishida bo‘ladi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi qo‘zg‘atuvchini hisobga olib davo qilinadi. Qizlarda vulvovaginit ko‘proq uchraydi. Sababi – ostritsalar, yot jismlar qinga kirib qolganda paydo bo‘ladi. Davo yo‘li etiologik omilga bog‘liq.

Endoservitsit – bachadon bo‘yni kanali shilliq pardasining yallig‘lanishi. Oqchil kelib turishi, dumg‘aza sohasida tortib cho‘zayotgandek bo‘lib seziladigan og‘riqlar tutib turadi. Qin ko‘zgulari yordamida ko‘zdan kechirib qaralsa, bachadon bo‘yni kanali qizargan, bachadon bo‘yni kanalidan shilimshiq yiringli ajralmalar kelib turgani aniqlanadi.

D a v o s i. Antibiotikli, sulfanilamidli dori-darmonlar. Qinni chayib, mazli tamponlar qo‘yish. Bachadon bo‘yni kanaliga protorgol yoki lyugol eritmasi surib qo‘yiladi.

Bachadon bo‘yni eroziyasi – bachadon bo‘yni tashqi teshik atrofidagi ko‘p qavatli yassi epiteliyning zararlanishi, yara bo‘lishi. Bachadon bo‘yni qin qismi ko‘p qavatli yassi yepiteliylarning defekti chin eroziya deyiladi. Bachadon bo‘yni kanalidan chiqadigan patologik ajralmalardan ta’sirlanib, eroziya paydo bo‘ladi. Chin eroziya och qizil rangda, noto‘g‘ri shaklda, sal teGINGanda qonaydi. Bachadon bo‘yni qin qismi epiteliylarining defekti yaralangan sohasiga silindrik epiteliylar o‘sib qoplab go‘yoki yara tuzalayotgan holatga keladi. Aslida bu holat tuzalish emas – soxta (psevdo) eroziya holati hisoblanadi. Silindrik epiteliylar eroziyalangan sohadagi faoliyat ko‘rsatib, sekret ajratib turgan bezlarning yo‘lini bekitib qo‘yadi va sekret to‘plangan joyda mayda-mayda pufakchalar paydo bo‘ladi, ularni Nabotov tuxumchalari (*ovuli Nabotici*) deb aytiladi. Soxta eroziyada– silindrsimon epiteliy bilan to‘lishib,

eroziya yuzasi och qizil bo‘lib ko‘rinadi. Eroziyalar bachadon bo‘yni kanalining yirtilib ketgan joylaridagi shilliq pardasi ag‘darilib qolganda ham hosil bo‘ladi (*eroziya ektropioni*).



161-rasm. a) bachadon bo‘yining sog‘lom holda ko‘rinishi; b), d), e), f), g) bachadon bo‘yni eroziyasining har xil ko‘rinishlari.

D a v o s i. Shifobaxsh vannachalar, mikrobg qarshi preparatlar, tamponlar qo‘yiladi. Biopsiyadan keyin elektrokoagulatsiya, krioterapiya bajariladi, lazer bilan davolash yangi usul hisoblanadi.

Endometrit – bachadon shilliq qavatining yallig‘lanishi. Klinikasi qorinning pastki va dumg‘aza sohasi simillab og‘rib turishi. O‘tkir shaklida tana haroratining ko‘tarilishi, taxikardiya, et uvi-shishi ko‘zga tashlanadi. Bimanual tekshirishda bachadon bezillab og‘rishi, qisman kattalashuvi, bachadondan yiringli chiqindi ke-lishi kuzatiladi.

Salpingoofarit (adneksit) – bachadon ortiqlarining yallig‘lanishi. Yallig‘lanish jarayonlari zo‘rayib borsa, bachadon ortiqlari sohasida xaltasimon yiringli o‘σμα – tubovarial o‘σμα (*pio-saktosal-pinks*) paydo bo‘ladi. Bachadon ortiqlarining yallig‘lanishi farzand-sizlikka, bachadondan tashqari homiladorlikka, hayz funksiyasi-ning buzilishiga olib keladi.

Parametrit – bachadon atrofi kletchatkasining yallig‘lanishi. Qorin pastida, oyoqlar va dumba sohasida og‘riq, zo‘r og‘riqlar tufayli siyish va hojatga borishning qiyinlashib qolishi, umumiy ahvol yomonlashuvi, tana haroratining ko‘tarilishi kuzatiladi.

Parametral infiltrat yiringlaganida qovuq yoki to‘g‘ri ichakka yorib chiqishi mumkin.

Pelvioperitonit — kichik chanoqdagi qorin pardasining yallig‘lanishi bo‘lib, qorinning pastida qattiq og‘riq bo‘ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko‘tariladi. Qusish, qabziyat va qorin dam bo‘lish hollari kuzatiladi. Intoksikatsiya belgilari: pulsning tezlashishi, arterial bosimning pasayishi, og‘izning qurib qolishi, holsizlanish bilan tavsiflanadi.

Peritonit — qorin pardasining tarqoq yallig‘lanishi bo‘lib, yiringli pelvioperitonitning zo‘rayishi yoki bachadon ortiqlaridagi yiringlagan joylarning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Bunda intoksikatsiya zo‘rayib borib, tana haroratining yuqori darajasigacha ko‘tarilib ketishi, qorinning barcha bo‘limlarida qorin pardasi ta’sirlanishiga xos alomatlarining aniq sezilishi bilan xarakterlanadi. Operativ yo‘l bilan davolanadi.

QIZLARDA KO‘PROQ UCHRAYDIGAN GINEKOLOGIK KASALLIKLAR

Vulvit — tashqi jinsiy a‘zolarining yallig‘lanishi. Sabablari: 1. To‘g‘ri ichakdan o‘tadigan gijjalar tufayli jinsiy a‘zolarida qichishish yuzaga keladi va jarohatlangan teridan infeksiya kirishi. 2. Semirib ketgan qizlarning ko‘p terlashi natijasida qichishib, terlar orqali tashqi jinsiy a‘zoga infeksiya kirishi. 3. Follikulit, piodermit, chipqonlar ham infeksiya manbayi bo‘lib xizmat qiladi. 4. Siydik ta’sirida bichilib, vulvit paydo bo‘ladi. 5. Qin va bachadondan turli kasalliklar natijasida ajraladigan chiqindilar sababli vulvit paydo bo‘lishi mumkin.

D a v o s i. Tashqi jinsiy soha tuklarini olib tashlab, gigiyenik omillardan foydalanish, antiseptik eritmalar bilan yuvish. Bemor o‘rinda yotishi, ovqatlanish rejimiga rioya qilish, umumiy quvvatni oshiradigan dorilar tavsiya etiladi.

Vulvovaginit — tashqi jinsiy a‘zo va qinning yallig‘lanishi. Spetsifik va nospetsifik yallig‘lanishga bo‘linadi. Vulvovaginitlarni keltirib chiqaradigan sabablar, asosan, yosh qizlarda qinga yot jismlarning kirib qolishi (o‘yinchoqlarning mayda qismlari va shunga o‘xshash narsalar), ko‘pincha gijja kasalliklari (ostritsa), shikastlanishlar hisoblanadi. Diagnostikasida bemor qizlarni ko‘zdan kechirish, o‘zidan va onasidan anamnez yig‘ish, quloq voronkasi or-

qali vaginoskopiya qilish, sistoskopni qizlik pardasidan ohista kiritib, vaginoskopiya qilish yetarli samara beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi mumkin.

D a v o l a s h: ingichka kateter yordamida dezinfeksiya qiladigan eritmalar rivanol (1:5000), furatsilin (1:10000), vodorod peroksidi 3% li eritmasi bilan qinni chayiladi. Qinga ekmalin (10MLN), penitsillin 30000 birlikda, 4 ml 0,25% li dizotsin balon yordamida purkab turiladi. Polimiksin, furazolidon, neomitsin 100000 bir. Og'riqni kamaytirish va yallig'lanish jarayoniga qarshi dori vositalarini qo'llash tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

1. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari qo'zg'atuvchilari, tarqalish yo'llari.
2. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifi.
3. Tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi.
4. Ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi.

XXIX BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YUQUMLI KASALLIKLARI

Trixomoniaz. Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm – qin trixomanadallari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo‘li bilan yuqadi.

K l i n i k a s i – kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko‘zga tashlanavermaydi. O‘tkir trixomaniyada ayollarda qindan ko‘piksimon, yashil tusli, badbo‘y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo‘lishi mumkin. Obyektiv tekshirib ko‘rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomoniaz to‘g‘risida xulosa qilishga undaydi. Erkaklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

D i a g n o s t i k a s i. Kasallikning belgilariga qarab hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya‘ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo‘shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida ko‘rilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumli va yadrosi bo‘lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari, qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko‘ki yoki gemotoksilin – iozin bilan bo‘yab, keyin mikroskopda ko‘rilsa, trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitiga qindan olingan ajralma ekiladi va uning kulturasi o‘stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o‘sib chiqsa, trixomoniaz ekanligi ma‘lum bo‘ladi. Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba‘zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho‘kmadan mikroskopda tekshirib ko‘rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida dalolat beradi. Kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

D a v o s i. Trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 7 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (trixopol, tinidazol) tabletkasidan ichishi va bir vaqtning o‘zida qinga ham qo‘yishi yaxshi davolovchi samara beradi. Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir. Er va xotin birgalikda davolansa, yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

So‘zak. Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi. So‘zak JYOYuK ning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba‘zi bir taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% gacha so‘zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki, Afrika mamlakatlarida tug‘ilayotgan chaqaloqlarning 2–4% da tug‘ma oftalmoblenoreya kasalligi uchraydi.

K l i n i k a s i. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko‘zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. Unga xos bo‘lgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og‘riq va achishish (dizuriya) paydo bo‘lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So‘zakning o‘tkir darajasida bemolarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko‘plab kelishi, jinsiy a‘zolarida og‘riq bo‘lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko‘tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishiga – endometrit, salpingit, salpingooforit, pleveoperitonit kabi kasalliklarga sabab bo‘lishi mumkin. Natijada, ichki jinsiy a‘zolarida bitishmalar paydo bo‘lishiga olib keladi, oqibatda ayollar bepusht bo‘lib qolishi mumkin. Erkaklarda so‘zak yuqqandan keyin dastlabki 12–72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a‘zolarida og‘riq paydo bo‘lishi bilan xarakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va uning o‘rnida keyinchalik chandiq hosil bo‘lib, bitib qolishi (striktura) va oxir-oqibatda, erkaklar bepusht bo‘lib qolishi mumkin.

D i a g n o s t i k a s i. Ayollarda qin, bachadon bo‘yni kanali, uretra va to‘g‘ri ichakdan (erkaklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus laboratoriyada bakterioskopiya (mikroskopda ko‘rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o‘stirish bakteriologik yo‘l bilan kasallik qo‘zg‘atuvchisi aniqlanadi. Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir-biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokklarni ko‘rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi. Surunkali so‘zakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalarida sharoitida maxsus provakatsiya (sun‘iy ravishda kasallik xurujini chaqirish) – biologik, fiziologik, kimyoviy, termik usullar yordamida kasallikni aniqlash mumkin.

D a v o l a s h. O‘tkir so‘zakni davolashda bir marotaba 500 mg miqdorda siprofloksatsin, 400 mg miqdorda sefiksini ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetop-

rim+400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Baktrim, Oripriam) 3 kun davomida 10 tabletkaga ichiladi. 250 mg seftriakson (rosefin), 2 g spektinomitsin yoki 2 g kanamitsin muskul orasiga ineksiya qilinadi. Kasallikni davolashda, albatta, er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanganlik mezonlari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

Xlamidioz. Xlamidioz *cheamydia trachomatis* nomli odam mikoplazmasi chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo‘li bilan yuqadi.

K l i n i k a s i. Hamisha ham aniq simptomlari ko‘zga tashlanavermaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo‘li bilan ichki jinsiy a‘zolariga o‘tsa, kasallik belgilari ma‘lum bo‘lmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon bo‘yni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon bo‘yni salga qonaydigan bo‘lib qolishi xlamidioz to‘g‘risida o‘ylashga majbur qiladi. Erkaklarda xlamidiya infeksiyasi 50% holalarda gonokokksiz uretritlarga sabab bo‘ladi. Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo‘llaridan shilimshiq-yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servisit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo‘llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og‘riqli bo‘lishi, achish kabi alomatlar seziladi.

D i a g n o s t i k a s i. Xlamidioz ko‘pincha jinsiy a‘zolar yallig‘lanish kasalliklarini, so‘zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o‘tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda qindan, bachadon bo‘yni kanalidan, bachadondan yiringli chiqindilar kelganda, albatta, xlamidiozga ham surtma olib o‘stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda *cheamydia trachomatis* topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

D a v o l a s h. 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksitsiklin ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak. Tetratsiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun davomida ichiladi.

G e n i t a l g e r p e s n i qo‘zg‘atuvchi oddiy herpes virusi bo‘lib, virus tarkibida DNK bo‘ladi. Viruslar ikki turga bo‘linadi. Birinchi turi, asosan lab, ko‘z, burun kabi a‘zolarining teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a‘zolarida kasallik chaqiradi.

K l i n i k a s i. Gerpesning mahalliy belgilari jinsiy a'zolarida (qin, bachadon bo'yni) uretra va oraliqda ko'zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko'plab qichishadigan pufakchalar hosil bo'lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o'rnida og'riqli yaralar paydo bo'ladi, yaralar 2–4 haftada chandiqlik hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba'zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan, chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo'lishi mumkin.

D i a g n o s t i k a s i. Agarda gerpesga xos klinik belgilar rivojlansa, diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va obyektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida gerpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

D a v o l a s h. 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mg dan Asiklovir (Zoviraks, Famvir va boshqalar) ichiladi.

Zaxm (yunoncha *sifilis*) surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, uni oqish treponema (*spirocheta pallida*) qo'zg'atadi. 1905-yilda F. Shaudin va Y. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Oqish treponema ilgari lanma, mayatniksimon, to'lqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida va umuman, hamma a'zolarida hatto sutida yoki erkak shahvatida ham bo'ladi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbaadir. Sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganida, idish-tovoqlaridan foydalanishida kasallik yuqadi.

Zaxmning birlamchi davri. Bu terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo'lganidan to teri va shilliq qavatlarda ikkilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Bu muddat 6–7 haftani tashkil qiladi.

Qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng birlamchi zaxmning ikkinchi simptomi kuzatiladi, bunda regional limfa tugunlari yallig'lanib shishadi, kattalashadi va biroz qattiqlashadi. Limfa tugunlaridagi oqish treponemalar limfa tomirlari orqali qonga tushadi va organizmda zaxm infeksiyasiga qarshi immunologik o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Birlamchi zaxmning birinchi 3 hafta-

sida Vasserman va cho'kma reaksiyalar manfiy bo'ladi, keyinchalik esa (odatda qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng 4 hafta o'tgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm).

Zaxmning ikkilamchi davri, odatda, qattiq shankr paydo bo'lganidan so'ng 6–7 hafta o'tgach boshlanadi. Shilliq qavatlarida rozeolyoz, papulyoz toshmalar toshadi. Zaxmning ikkilamchi davri 2–4 yil davom yetib, bunda serologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Ikkilamchi davrda toshmalar toshishi 3–4 marta qaytalinishi mumkin.

Zaxmning uchinchi davri, bemorning hammasida ham kuzatilavermaydi. Vaqt o'tishi bilan organizmdagi oqish treponemalar soni kamayadi, lekin to'qimalarning infeksiya qo'zg'atuvchisiga nisbatan bo'lgan sensibilizatsiyasi oshadi. Yallig'langan infiltratlar, olcha danagidek do'mboqchalar yoki tuxumdek, ba'zan undan kattaroq g'ubbarlar paydo bo'lib, to'qimalarni yemiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Miya, yurak, tomir, jigar, kabi hayot uchun muhim a'zolar zararlanganida, bemor hayoti xavf ostida qoladi, yuz zararlangan bo'lsa, burun skeleti yemirilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Harakat, ko'ruv, eshituv a'zolari, nerv sistemasining zararlanishi kishini umrbod nogiron qilib qo'yadi.

D a v o l a sh. 1. Benzatin penitsillin sutkalik dozasi 2,4 mln. BRni tashkil etadi. Shu doza kuniga 2 marta yuboriladi. 2. Prokain penitsillin 600000 BR muskul orasiga 10–14 kun davomida. 3. Benzilpenitsillin 1 mln. dan har kuni muskul orasiga 10–14 kun. 4. Doksitsiklin 200 mg dan har kuni yoki 100 mg dan 2 mahal 14 kun, 5. Tetratsiklin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 6. Eritromitsin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 7. Azitromitsin 500 mg dan kuniga 1 marta 10 kun. 8. Seftriakson 250–500 mg dan muskul orasiga, kuniga 1 marta, 10 kun yuborilishi tavsiya etiladi.

Kandidoz (achitqi infeksiyasi) – ayollarda qindan suzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy a'zolarining qichishi, erkaklarda esa qichishadigan balanopastit bo'lishi. Xuddi bakterial vaginoz singari yuqadi.

D i a g n o s t i k a s i. Kasallik simptomlariga asoslanadi hamda qindan surtma olib, tuzli eritma tomizilib, mikroskop ostida ko'rilganda achitqi zamburug'larini ko'rish mumkin.

D a v o l a sh. Ayollarda mahalliy davo qilinadi. Zamburug'larga qarshi – nistatin 2 hafta davomida 100000 tibbiy birlikdagi tablet-

kadan har kuni kechqurun ichish, 7 kun davomida qinga klotrimazol, levorin mazidan tampon qo'yish yoki mikonazol, nistatin shamchalari qo'yiladi.

Erkaklarda kandidozli balanit bo'lganda, kasal joyga gentsian violet eritmasi yoki nistatinli krem surtib, kasallik belgilari yo'qolguncha davolanadi.

Nazorat uchun savollar

1. Trixomoniaz klinikasi, diagnostikasi va davolash.
2. Xlamidioz, erkaklardagi va ayollardagi klinik belgilari diagnostikasi, davosi.
3. Jinsiy a'zolar sohasi uchug'i (genital herpes).
4. So'zak sabablari, tasnifi, diagnostikasi, davosi.
5. Zaxm.

XXX BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING O'SMA KASALLIKLARI

Chin o'smalar a'zo va organlarning xususiy to'qimalaridan iborat tuzilmalardir. Shishsimon o'smalar esa, biror bir bezlarning sekret chiqarish yo'li bekilib qolishi hisobiga suyuqlik to'planib, kattalashuvi, ular tovuq tuxumidan ayol kishi mushtidek o'lchamda bo'ladi. O'smalar morfologik tuzilishi va klinik jihatdan o'tishiga qarab xavfsiz va xavfli o'smaga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar qaysi a'zoda yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha a'zo doirasidan tashqariga chiqmaydi.

XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALAR HAQIDA TUSHUNCHA

Xavfli o'smalar quyidagi xususiyatlarga ega bo'ladi:

1. Taraqqiy etish jarayonida tevarak-atrofdagi to'qimalarni o'rab o'sadi, ularni yemirib boradi (o'smaning atipik, infiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi deb shunga aytiladi). 2. Birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin retsidiv va metastaz beradi. 3. Bemorning umumiy ahvoriga va modda almashinuviga yomon ta'sir qilib, ko'pincha kaxeksiyaga (juda ozib ketishga) olib keladi.

Xavfsiz o'smalar esa shu organning to'qimalaridan tashqariga, qo'shni a'zolarga tarqalmaydi, ularni qisishi, funksiyasiga ta'sir etishi mumkin. Ba'zi yaxshi sifatli o'smalar ham bemorni umumiy ahvoriga ta'sir qilishi mumkin. Masalan, fibromiomalarda uzoq vaqt qon ketishi tufayli anemiyaga olib keladi. Yaxshi sifatli o'smalar o'zgarib yomon sifatli o'smaga aylanishi malignizatsiya deyiladi. O'smaga o'xshaydigan tuzilmalmarga retension kistalar (*retintio* – to'xtatmoq) kiradi. Ular biron-bir bez sekretini to'xtalib qolishi yoki patologik produktlarning (ekssudatlar, transsudatlar, suyuq qonning) bo'shliqlarda saqlanib qolishidan hosil bo'ladi. Retension kistalar tevarak-atrofga tomon o'sib bormaydi, ichidagi suyuqlik ko'payib borishi hisobidan kattalashadi, oyoqchali bo'lishi mumkin. Bunday o'smalarga follikulyar kista, sariq tanacha kistalari, paraovariol, intraligamentar kistalar va qindagi Gartner, Folf yo'li kistalari kiradi.

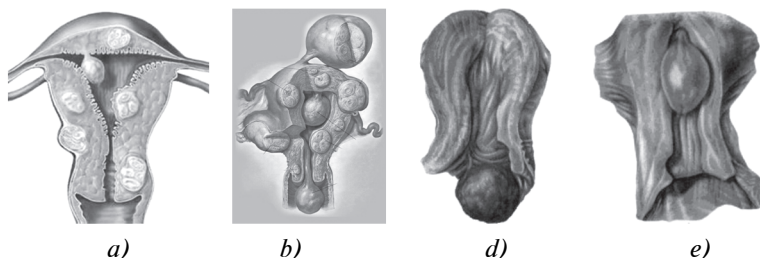
BACHADONNING XAVFSIZ O'SMALARI

Bachadon miomasi deb, mushak to'qimasidan, fibromioma deb, birlashtiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10–27%da, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% da, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% da uchraydi. Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrakusti bezi, tuxumdonlar orasidagi munosabatning biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida, xususan, miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmda progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa, o'z navbatida, hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70–80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan, estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi, deb taxmin qilinadi.

K l i n i k a s i. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilarisiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60–80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi alomatlari turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi – menorragiya kuzatilsa, ba'zilarida tartibsiz, juda ko'p to'xtovsiz qon ketib, og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga sabab bo'lishi mumkin. Hayz 10–12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi. Og'riq, asosan, o'smaning o'lchamiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'sma qo'shni a'zolar faoliya-

tini buzadi. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarishda kuchli dardsimon og'riq paydo bo'ladi. O'smaning infeksiyalanishi kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi, chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi, o'smaning oziqlanishi buziladi.



162-rasm. Bachadon miomalari:

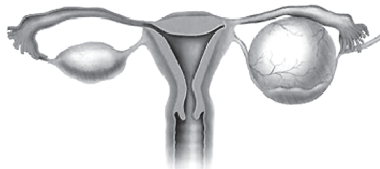
- a) interstetsial, submukoz miomalar b) subseroz, interstetsial, submukoz miomalar d, e) tug'ilayotgan submukoz miomalar.

D a v o s i. Miomasi bo'lgan hamma ayollar dastlab umumiy davolanadilar, konservativ davolash usuli samara bermasa, operatsiya yo'li bilan bachadon olib tashlanadi.

Endometrioz. Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretsia yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi. Endometriozlar o'z atrofida joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyakusti pardasiga, hatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi. Endometrioz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioz 8–30% hollarda uchraydi.

K l i n i k a s i endometriozning qaysi sohada joylashganligiga bog‘liq. Endometriozning asosiy va doimiy belgilaridan biri – og‘riqdir. Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og‘riqdan, hayz sikli davrida og‘riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og‘riq hayz kunlaridan oldin paydo bo‘lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og‘riqlar endometrioz o‘chog‘idagi bez to‘qimalarning bo‘rtishi, to‘qimalarning ichi berk bo‘shliqlarida suyuqlikning to‘planishi natijasida kelib chiqadi. Bachadon endometriozni hayz siklining buzilishiga, qo‘shni a‘zolaridan – to‘g‘ri ichak, siydik chiqarish yo‘llari faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shunga ko‘ra, ayol siyish vaqtida og‘riqlar bo‘lishidan, tez-tez siyishidan shikoyat qiladi. Endometrioz bilan kasallangan a‘zo hayz ko‘rish oldidan kattalashganini va hayzdan so‘ng yana dastlabki hajmda bo‘lishi kuzatiladi. Bemorda ovulatsiya jarayoni bo‘lmasligi tufayli sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo‘shlig‘idagi a‘zolarida ko‘pincha yallig‘lanish alomatlari bilan birgalikda kechganligi sababli chandiqlar paydo bo‘ladi, bepushtlikka sabab bo‘ladi.

D a v o s i. Bemorning yoshi, lokalizatsiyasi, tarqalish darajasi, atrof to‘qimaning yallig‘lanish alomatlari bor-yo‘qligiga qarab konservativ yoki operativ davolanadi.



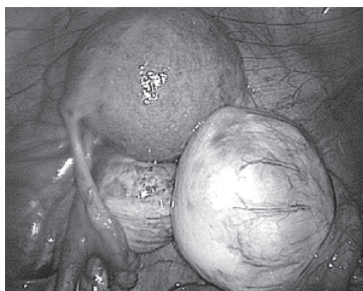
163-rasm. Tuxumdonning retension kistasi.

Tuxumdonning xavfsiz o‘smalari.

Tuxumdon o‘smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab ginekologik kasalliklarning 6–8 %ni tashkil etadi. Bu kasallik juda xavfli, chunki asta-sekin o‘sib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlar qo‘shilgandan keyin belgilar paydo bo‘ladi, afsuski bu paytda davolashning foydasi bo‘lmaydi. Ko‘pincha tuxumdon o‘smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20–25% hollarda xavfli o‘smalarga aylanadi.

Tuxumdonning chin o‘smasi – “kistoma”, retension yoki shishsimon o‘smalari – “kista” deb yuritiladi. Retension kistalar sekret tutilib qolishi bo‘lib, bu o‘smasimon kistalar bezlarining ishlab chiqargan sekretlari to‘planib qolishi natijasida paydo bo‘ladi va kistalarning 34% ni tashkil etadi. Follikular kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial, intraligamentar kistalar (10%) tashkil etadi. Tuxumdonda endometrioz kistalar ham

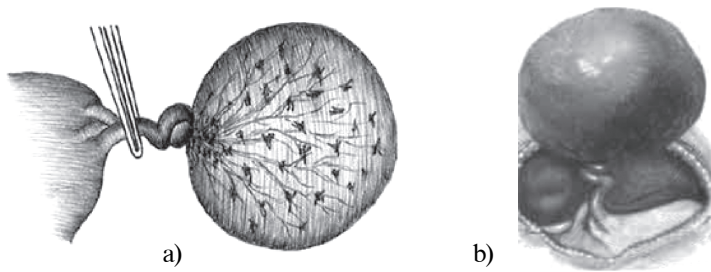
uchraydi. Follikular kistalar ko‘pincha mioma bo‘lganda, lyutein kistalar esa yelbo‘g‘oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikulalar yorilmay qolib, sariq so‘nmasdan rivojlanadi, ya‘ni hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar yumaloq shaklli, diametri 6–8 sm dan oshmaydi va ko‘pincha klinik belgilarisiz kechadi. Kistalar oyoqchalari buralishi tufayli kamdan kam hollarda o‘tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar, odatda, konservativ usulda davolanadi (yallig‘lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).



164-rasm. Tuxumdon kistomasi.

Blastomatoz kistomalar chin o‘smalar bo‘lib, tuxumdon o‘smalarning 66% ni tashkil qiladi. To‘qimalar proliferatsiyasi, bo‘shliqlarning suyuqlik bilan to‘lishi tufayli o‘smalar o‘sishi kuzatiladi. Turli-tuman to‘qimalardan o‘sishi bo‘yicha – epitelial, biriktiruvchi to‘qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal tuxumdon o‘smalariga ajratiladi. Chin o‘smalar, o‘z navbatida, xavfsiz va xavfli o‘smalarga bo‘linadi. Xavfsiz o‘smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o‘sib boradi. Oddiy seroz kistomalar eng ko‘p uchraydigan tuxumdon o‘smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan 30–40 sm gacha kattalashishi, hatto butun qorin bo‘shlig‘ini egallashi mumkin. Kistoma, odatda, bir kamerali, po‘stlog‘i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo‘ladi. Uning bo‘shlig‘ida seroz suyuqligi yig‘iladi. O‘sma ko‘pincha bir tomonda – chap yoki o‘ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan bo‘ladi, chunki uning tuxumdon boylamlari va bachadon naylaridan iborat anatomik “oyoqchasi” bor. Kistoma o‘sgan sari bu boylamlar cho‘ziladi, bir-biriga yaqinlashib o‘smaning oyoqchasini paydo qiladi.

Asoratlari. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o‘sma chapdan o‘ngga yoki o‘ngdan chapga siljib turadi va ko‘pincha 180–360 gradusga **buralib** qolishi mumkin (165-rasm). Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og‘riq sezadi, ko‘ngil aynishi, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo‘ladi. Bu holat “o‘tkir qorin” deb aytiladi. Bunday holda bemor tezda ginekologiya bo‘limiga yotqizilib, darhol operatsiya qilinishi kerak.



165-rasm. Tuxumdon kistomasi oyoqchalarining buralib qolishi.

Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7–5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan birga uchraydi.

Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% ni tashkil etadi. Ularning tuzilishida, odatda, uchala embrional qavat qatnashadi. Dermoidlar sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, harakati chegaralangan va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik, uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi. Ko'pincha yog'simon massa tarkibida inson embrional taraqqiyotining birlamchi davridagi elementlar – soch, tish, tirnoq va shunga o'xshash elementlar topiladi.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING XAVFLI O'SMALARI

Tashqi jinsiy a'zolar raki. Vulva raki 2–3% uchraydi (yoshlarda kam, qarilarda, 70 yoshda ko'proq uchraydi) leykoplakiya, krouroz, eritroplaniyadan keyin rakka olib kelishi mumkin. Simptomlari: jinsiy a'zolarida “so'gal” o'smalar paydo bo'lishidan boshlanadi. Bu o'simtalar sekin-asta kattalashib, tez yara bo'ladi. Vulvaning ko'p qismi zararlanganda ham o'sma siydik chiqarish kanaliga uzoq vaqt yoyilmay turadi. Chov limfa tugunlarida metastaz paydo bo'ladi. O'sma shakli har xil: teridan ko'tarilib turadigan ekzofit tuzilmalar; zich diffuz infiltratlar; ko'pincha infiltrativ asosli va chekkasi zich noaniq qirrali yaralar paydo bo'ladi.

Ayol uretrasining raki kam uchraydi, uretra rakining turli shakllari uchrashi mumkin. 1. Ekzofit o'smalar – ko'pincha

yaralanib va patologik karash bilan qoplanib turadi. Uretra devorlariga 2–3 sm chuqurlikda infiltratsiya beradi. 2. Polip yoki polipoz tuzilmalar. 3. Yarali shakli. Siydik chiqarish kanali sohasi bo‘ylab, klitor sohasidagi to‘qimalarning infiltratsiyalanishi yoki uretra bo‘ylab qin oldingi devorining infiltratsiyalanishi. 4. Butun uretrada zich infiltratsiya paydo bo‘lib, ayrim joylar yaralanadi.

Qin birlamchi raki kamroq uchraydi. Ko‘pincha bachadon bo‘yni rakidan tarqaladi, uning 4 darajasi tafovut qilinadi. Simptomlari: jinsiy aloqada qonli chiqindi (*sub cois*) kuzatiladi. O‘sma qon tomirlarini yemirib yuboradi, ko‘p qon ketadi, sassiq chiqindi kelishi parchalanayotgan o‘smaga infeksiya tushganligidan darak beradi. Og‘riq sezilishi o‘sma jarayonining chuqur yoyilib, chanoqdagi nerv stvollari va chigallarini qisib qo‘yganidan yoki yemirilishidan guvohlik beradi.

D a v o s i: kimyoterapiya, nurlar bilan davolanadi.

Bachadon bo‘yni raki bachadon rakining 80% gacha bachadon bo‘yni rakiga to‘g‘ri keladi, ko‘proq 40–60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon bo‘yni raki g‘oyat turli-tuman bo‘ladi. O‘shish yo‘nalishiga qarab ekzofit (tashqari) va endofit (ichkariga), aralash (ham tashqariga, ham ichkariga) o‘shish shakli kuzatiladi. Ekzofit shaklida o‘sma yirik, mayda g‘adir-budir o‘simtalar shakliga kiradi, (bu o‘simtalar gulkaramga o‘xshaydi) ular ba‘zan qinning butun gumbazini to‘ldirib turadi, ko‘pincha qoramtir po‘st (o‘smaning irigan, parchalangan qismlari bilan qoplanib yotadi). Asbob tekkanda qonaydi. Endofit shaklida bachadon bo‘yni kattalashib, zichlashadi, shilliq pardasi to‘q qizil tusga kiradi. Shilliq parda yuzida mayda qon tomirlari shoxobchalari ko‘rinadi. O‘sma parchalanib, bo‘lak-bo‘lak bo‘lib ko‘chganda bachadon bo‘yni qisman yemirilib chuqur yara vujudga keladi. Chetlari noto‘g‘ri o‘yilgan, tubi g‘adir-budir bo‘ladi. Yaradan loyqa serroz suyuqlik chiqib turadi. Simptomlari: suvga o‘xshash oqchil kelib turadi, bu jinsiy aloqa qilinganda, hojat paytida, yuk ko‘targanda, kasalni qin orqali tekshirib ko‘rilganda keladi. Kontaktli qon kelishi, qonli selob (go‘sh t yuv g a n g a o ‘ x s h a s h s u y u q l i k k e l i s h i). Bachadondan asiklik qon ketishi kuzatiladi.

D i a g n o s t i k a s i. Kolposkopiya, surtmani sitologik yo‘l bilan tekshirish, biopsiya qilish, diagnostika maqsadida bachadon devori shilliq pardasini maqsadli qirish, sistoskopiya, rektoro-manoskopiya va turli xil sinamalar o‘tkaziladi.

D a v o s i. I darajada operatsiyagacha nur berish. Bachadon ekstirpatsiyasi. Operatsiyadan keyin nur berish, kimyoterapiya. II darajada kengaytirilgan ekstirpatsiya (Vertgeym usulida) qo'shma nur bilan davolash. III darajada qo'shma nur bilan davolash. IV darajada simptomatik davu.

Bachadon tanasining raki. Bachadon raking 15–20%, umuman jinsiy a'zolar raking 5% gacha uchraydi, ko'pincha 50–60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon tanasining rak oldi holatiga neyroendokrin boshqarishning buzilishi, gonodotrop gormonlar balansining o'zgarishi, endometriyning travmatik shikastlanishlari sabab bo'lishi mumkin. Rak oldi kasalliklariga: adenomatoz (polipoz) giperplaziyaga uchragan endometriyning retsivid berishi, menopauzadan keyingi giperplaziyalar kiradi. Simptomlari: aksariyat hollarda menopauza davrida (menstruatsiyadan qolgandan keyin) birdaniga asiklik qon ketish bachadon tanasi raking dastlabki simptomi hisoblanadi. Ana shu simptomga e'tibor berib bemorning bachadoni devorlari shilliq qavatini alohida-alohida qirib olib, gistologik tekshirish eng muhim diagnostik ahamiyatga egadir.

D i a g n o s t i k a s i: bachadon shilliq qavatini har bir devorini alohida qirish va gistologik tekshirish yo'li bilan kasallik aniqlanadi.

D a v o s i: operativ, nur va kimyoviy terapiya o'tkaziladi.

Tuxumdonning xavfli o'smalari. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak farqlanadi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak.

Birlamchi rak 4,5% hollarda, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Klinik belgilari ko'zga tashlanmaydi, lekin tezda qorin bo'shlig'ida assit paydo bo'lishiga qarab tuxumdon raki haqida gumon qilinadi.

Ikkilamchi rak 60–50 % hollarda seroz papillyar o'smalar rakka aylanishidan rivojlanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit paydo bo'ladi. 17–20% hollarda musinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin kuzatiladi.

Metastatik rak (10–30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta, oshqozon ichak yo'llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki, metastazli rakni operatsiya yo'li bilan davolab bo'lmaydi.

Tuxumdon sarkomasi juda kam uchraydi. Odatda, operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, tashhis qo'yiladi.

D a v o l a sh, asosan, o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni ortiqdari bilan olib tashlashdan iborat, so'ngra rentgen va radiy nurlari chuqur ta'sir ettiriladi. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda yomon bo'ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Xavfli va xavfsiz o'smalar.
2. Tashqi jinsiy a'zolarining rak oldi kasalliklari.
3. Bachadon bo'ynining rak oldi kasalliklari.
4. Bachadon bo'yni raki, tarqalish bosqichlari, diagnostikasi va davolash.
5. Bachadon raki, tarqalish boshqichlari, diagnostikasi va davolash.

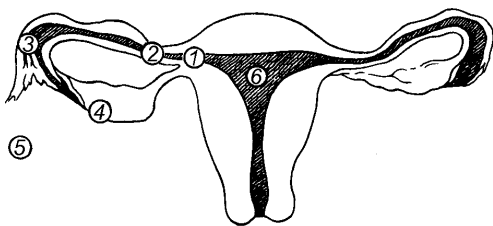
XXXI BOB. GINEKOLOGIYADA O‘TKIR QORIN SINDROMI

Ginekologiya amaliyotida o‘tkir qorin sindromini vujudga keltiruvchi holatlar aksariyat hollarda bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, tuxumdon kista va kistomalari oyoqchalarining buralib qolishi va bachadon ortiqlarining o‘tkir yallig‘lanishi oqibatida kelib chiqadi. Ular orasida ko‘p uchraydigan patologiya bachadondan tashqari homiladorlik hisoblanadi.

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK (*graviditis extrauterina*)

Urug‘langan tuxumhujayra normal sharoitda tuxum yo‘llari orqali bachadonga borib, uning shilliq qavatiga payvandlanib oladi. Tuxumhujayraning harakatlanish sharoiti buzilgan bo‘lsa, u bachadondan tashqariga payvandlanadi va bu bachadondan tashqari homiladorlik deb aytiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishda (*graviditis exentera*) spermatozoid bilan qo‘shilgan tuxumhujayra odatdagicha bachadon ichiga emas, balki bachadon naylarida (*graviditis exentera tubria*), qorin bo‘shlig‘ida (*graviditis yextera abdominalis*), tuxumdonda (*graviditis yextera ovarialis*), bachadonning qo‘shimcha shoxida, bachadon bo‘ynida rivojlanishi ham mumkin (166-rasm). Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98–99 % bachadon naylarida uchraydi.



166-rasm. Bachadondan tashqaridagi va bachadondagi homiladorlikda otalangan tuxumhujayraning payvandlanadigan joylari: 1—bachadon nayining interstitsial qismiga; 2—bo‘g‘iz (istmik) qismiga; 3—ampular qismiga; 4—tuxumdonga; 5—qorin bo‘shlig‘iga; 6—bachadon bo‘shlig‘iga.

E t i o l o g i y a s i. Homilaning bachadon naylarida rivojlanishida naycha muskullarini sust bo‘lishi, naychalardagi yallig‘lanishdan

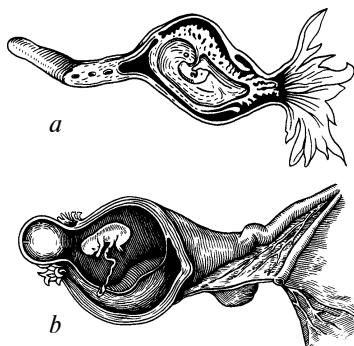
keyin qolgan chandiqlar, o'smalar, endometrioz, bachadon va uning naychalar sili, asabiy-ruhiy holatlar sabab bo'lishi mumkin.

Infantil ayollarning naychalari uzun va egri-bugri bo'lgani sababli spermatozoid qo'shilgan tuxumhujayra bachadonga yetib kelmay, u naychalarning biror qismida to'xtab rivojlana boshlaydi. Agar ayol bolasini uzoq vaqt emizib yursa, bachadon shilliq qavati atrofiyaga uchraydi. Bu ham bachadondan tashqaridagi homiladorlikka sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'shlig'iga yod kiritilgan taqdirda bachadon nayining teshigi berkilib qoladi, shuning natijasida bachadondan tashqaridagi homiladorlik ro'y berishi mumkin.

K l i n i k k e c h i s h i: spermatozoid bilan qo'shilgan tuxumhujayra bachadon naylarida, tuxumdonga va qorin bo'shlig'iga, bachadon bo'yniga joylashishi mumkin. Ko'pincha homiladorlik 5–6 haftaligidayoq embrion joylashgan a'zo yoriladi va u yerdan qon ketadi. Homiladorlik qorin bo'shlig'ida bo'lganda, kamdan kam holatlarda muddatiga yetgan homila kuzatiladi. Homiladorlik bachadon naychalarida ro'y berib, keyin naychalarning teskari perestaltik qisqarishi natijasida homila qorin bo'shlig'iga tushishi mumkin (naychalarning homila tashlashi — aborti). Yoki ayol jinsiy hujayrasining spermatozoid bilan qorin bo'shlig'ida qo'shilishidan kelib chiqadi.

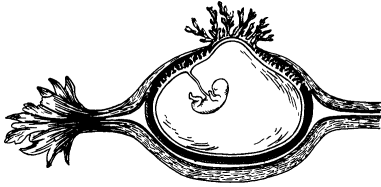
Homiladorlik qayerda bo'lishidan qat'i nazar ayol boshqorong'i bo'lib, achchiq, sho'r, nordon narsalarni ko'ngli tusay boshlaydi. Sut bezlari qattiqlashadi, qin shilliq qavati va bachadon bo'ynining qin qismi ko'kimtir bo'lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirganda bachadon biroz kattalashgan bo'ladi. Hali homila tuxumi o'rnidan ko'chmagan, naycha yorilmagan bo'lsa, shu homilali naycha yo'g'onlashgan va yumshagan, homila tuxumi joylashishiga qarab shu yer ko'proq yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).

Biologik, serologik va immunologik reaksiyalar homila tuxumi ko'chmagan bo'lsa, musbat bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda ko'pincha homiladorlik to'xtaganda (naycha yorilganda yoki naychadagi abort bo'lganda) tashxis qo'yish oson.



167-rasm. Bachadon nayidagi abort:

a—homila tuxumining nay devorlaridan ko'chishi; *b*—homila tuxumining naydan chiqib boshlashi.



168-rasm. Bachadon nayining yorilishi.

Bachadon naylaridagi homiladorlik 5–6 haftalikdayoq to‘xtaydi. Chunki, naycha shilliq qavatida shilliq osti qavati bo‘lmaydi. Desidual reaksiya sust bo‘ladi. Muskul qavati ham sust rivojlanadi. Homila tuxumi naychalarda ancha chuqurga hatto muskul qavatiga, seroz qavati va

undan ham chuqurroqda joylashib rivojlanadi. Bunda qon tomirlar yemiriladi. Agar homila tuxumi naychaning ampulyar qismiga joylashgan bo‘lsa, naycha qisqarishi natijasida u ko‘chib, qon laxtalari bilan qorin bo‘shlig‘iga tushadi. Shunday qilib, bachadon naylaridagi homiladorlik ikki yo‘l bilan tugallanadi: a) naychalar aborti (*abortus tubaria*); b) naychalarning yorilishi (*ruptura tube uterina*). Agar homila naychalarning bachadon qismida joylashgan bo‘lsa, u 4–5 oylikgacha o‘sishi mumkin, so‘ngra shu qism yoriladi va ayol ko‘p qon yo‘qotadi.

Naychalardagi homila tuxumi turli muddatlarda so‘rilib, qorin bo‘shlig‘iga tug‘ilishi, bu 1–2 hafta mobaynida sodir bo‘lishi mumkin. Homila tuxumi nay devoridan ko‘chib, nobud bo‘ladi. Qon shimadi va sekin-asta parchalanadi. Bachadon nayi zo‘r berib qisqara boshlaydi, ko‘chgan homila tuxumi naydan qorin bo‘shlig‘iga chiqadi. Bachadon naychalari teskari qisqarganda (antiperistaltika) bemor dard tutgandagi kabi og‘riq sezadi. Ko‘pincha qorin pastining bir tomonida og‘riydi. Naydagi abortda qon naycha yirtilganga qaraganda kamroq ketadi. Bunda ayol bo‘shashadi, bosh aylanishidan shikoyat qiladi, pulsi tezlashadi. Naychalar yirtilib, qon ko‘p ketganda shok holati kuzatiladi. Ba‘zan ayolning o‘limi ham kuzatiladi.

TUXUMDON APOPLEKSIYASI

Tuxumdon apopleksiyasi (*apoplexiya ovarii*) ovulatsiya davrida follikula yorilishi natijasida tuxumdon parenximasiga qon quyilishi va uning to‘qima butunligining buzilishi hamda qorin bo‘shlig‘iga qon oqishi bilan boshlanadi. Bu holat 16–30 yoshli ayollarda kuzatiladi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari natijasida yoki follikulla persestensiyasi kuchayishi oqibatida ovulatsiya davrida tuxumdon parenximasining yorilishi oqibatida kelib chiqadi. Unda tuxumdon qon tomirlarining o‘tkazuv-

chanligi buzilib, tuxumdon kapsulasi yoriladi va qorin bo'shlig'iga qon ketadi yoki parenxemasiga qon quyiladi. Bunday holatda qorinning pastgi qismida tegishli tuxumdon sohasida qattiq og'riq kuzatilib, qorin bo'shlig'iga qon quyilmaydi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jismoniy zo'riqqanda, og'ir yuk ko'targanda, shikastlanish natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik to'satdan qorinning pastki sohasida kuchli og'riq bilan boshlanib, butun epigastral sohaga, to'g'ri ichakka irradiatsiya beradi. Og'riq bosh aylanishi, hushdan ketish, sovuq ter bosishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan kuzatiladi. Klinik ko'rinishiga qarab tuxumdon apopleksiyasini 3 turga bo'lish mumkin: og'riqli; anemiyali; aralash. Og'riq to'g'ri ichakka ham o'tadi. Ba'zan og'riq kuchli bo'lishi sababli ayolda o'tkir qon-tomir yetishmovchiligi kuzatiladi. Kasallikning aralash turida og'riqli va anemik ko'rinishlar birgalikda uchraydi. Qorin paypaslab ko'rilganda og'riqli, shishgan va nafas aktida sust ishtirok etayotganligi aniqlanadi. Ginekologik tekshiruvda bachadon bo'yni tekshirilganda og'riqli, bachadon kattalashmagan, qattiq, bachadon ortiqlari va tuxumdon kattalashgani aniqlanadi.

Diagnoz. Klinik ko'rinishi, anamnezi va obyektiv tekshiruvga ko'ra diagnoz qo'yiladi. Diagnoz qo'yishda UTT va qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish yordamida aniqlanadi.

Davosi. Kasallangan bemor ahvoli dastlab o'rtacha bo'lib, kam qon ketsa, bemor konservativ davolanadi (yotoq rejimi, qorin sohasiga muzli xalta qo'yish, qon o'rmini bosuvchi dori vositalari qo'llaniladi). Kasallikning o'tkir davri o'tib bo'lgach, bemorga fizioterapiya, dori elektroforezi buyuriladi. Kuchli qon yo'qotish yoki og'riq sindromida bemorlarni, albatta, operativ yo'l bilan davolash lozim, ya'ni tuxumdonlar ponasimon rezeksiya qilinib tikiladi, ba'zan tuxumdon butunlay zararlangan bo'lsa, olib tashlanadi.

Nazorat uchun savollar

1. Bachadondan tashqari homiladorlikning turlari.
2. Bachadondan tashqari homiladorlikning etiologiyasi, klinikasi va davosi.
3. Bachadondan tashqari homiladorlikda nayning yorilishi.

XXXII BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI UMUMIY DAVOLASH USULLARI VA PARVARISH QILISH

Ginekologik bemorlarni davolash konservativ va operativ usullarda amalga oshiriladi.

Bemorlarni konservativ usulda davolashda bemorlar poliklinikaga, stasionarga kelgan paytlaridanoq psixoterapevtik yordam ko'rsatish, ya'ni shikoyatlarini e'tibor bilan tinglash, bemor kayfiyatini ko'tarish zarur.

Tibbiyot xodimlari bemorlar bilan iliq munosabatda bo'lishlari, ular talablarini qondirishga harakat qilishlari kerak.

Shifokor bemor oldida hamshiraga bemor psixikasiga salbiy ta'sir qiladigan, kasallikning yomonlashuvi haqida gumon tug'diradigan yoki bemorning tuzalishiga shubha borligi haqidagi ma'lumotlarni gapirmasligi kerak.

O'tkazilgan klinik tekshirishlarning natijalarini ham bemor huzurida aytish tavsiya etilmaydi.

Kasalxonaning har bir bo'limida tibbiyot hujjatlari (kasallik tarixi, tekshirish natijalari va shunga o'xshashlar) bemor titib ko'rolmaydigan qilib yaxshi saqlanishi lozim. Bemorlarning psixikasiga shikast yetkazadigan noxush tashxis va ma'lumotlarni kasallik tarixidan ko'chirib yozib berish yoki shu haqida og'zaki ma'lumot berish mumkin emas.

Tabiiy uyquning uzoq (sutkasiga 10 soatgacha) davom etishi uchun ham zarur sharoit tug'dirish: palatalarda tinchlik saqlash, yorug'lik, temperaturani me'yorda bo'lishini ta'minlash lozim. Shu maqsadda palatalarda tungi chiroqni yoqib qo'yish kerak.

Bemorlarning qanday uxlayotganini kuzatib turish, uyqusi yaxshimas bemorlarga uxlatuvchi dorilar berish tavsiya etiladi. Og'riq bolganda og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNING REJIMI

Ginekologik kasalliklar bilan og'riq bemorlar turli oqibatlar kelib chiqishining oldini olish maqsadida muayyan rejimga rioya qilishlari lozim. Ayol jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklarida,

umumiy oʻrnatilgan rejimga (ovqatlanish rejimi, dam olish, uyqu, nerv sistemasi va qon aylanish aʼzolari faoliyatiga eʼtibor berish va hokazo) shuningdek, maxsus rejimga rioya qilish talab etiladi. Bu rejim jinsiy hayotga, qorin ichidagi bosim va qoʻshni aʼzolar (ichak va siydik-tanosil apparati) ning holatiga taalluqlidir. Yuqumli ginekologik kasalliklarning koʻpchiligi soʻzakka aloqador boʻlgani uchun mavjud yalligʻlanish jarayonlaridagina emas, siydik chiqarish kanali yoki qin shilliq pardasi yalligʻlanganini koʻrsatuvchi boshlangʻich belgilar paydo boʻlganda ham bunday bemorlar jinsiy aloqa qilishi taqiqlandi. Tegishlicha ratsional davolanish bilan birga, umuman jinsiy aloqada boimaslik orqaligina spetsifik infeksiyaning bachadonga, tuxumdonlarga va chanoqning qorin pardasiga tarqalishiga yoʻl qoʻymaslik mumkin.

Qorin ichidagi bosimni oshirib yuboradigan ishlar (kuchanish, ogʻir narsalarni koʻtarish)ni bajarish yalligiangan aʼzolarining oʻrnidan koʻchishiga va qon aylanishining shu tariqa buzilishiga, ogʻriq turishiga sabab boʻladi. Kasal aʼzoni ehtiyot qilish maqsadida ginekologik bemorlar mehnatini tartibga solish, zarur boʻlsa, ularni yotqizib qoʻyish kerak. Krovatda yotaverish ham organizmni boʻshashtirib yuboradi. Muskullar bilan bajariladigan ish (hatto oddiy sayr qilish) umumiy tonusni oshirishi mumkin. Umumiy tonus oshganda organizmdagi barcha jarayonlar jadalroq kechadi. Shunday ekan, har bir bemorga uning kasali, turmush tarzini eʼtiborga olib alohida yondashish zarur.

Odatda, ginekologik bemorlar ichak funksiyasi buzilganligidan noliydilar. Koʻp bemorlar ich qotishi odat boʻlib qolganini aytishadi. Kuchanganda ogʻriq turishidan, shuningdek, yalligʻlangan aʼzolarining siljishidan qoʻrqib hojatga kam borish ham ich qotishiga sabab boʻladi. Ich boʻshatilganda yalligʻlangan aʼzolar joyidan siljiydi.

Ichni yurishtirib turish juda muhimdir. Ammo surgi dorilar ichish hamisha natija beravermaydi.

Kasalxonada yotgan ginekologik bemorlarning umumiy gigiyena rejimi shundan iborat: qov va tashqi jinsiy aʼzoldagi tuk qirib tashlanadi, tashqi jinsiy aʼzolar va anus sohasi (har kuni ertalab va kechqurun) yuviladi. Monelik boʻlmasa — har kuni umumiy vanna qabul qilinadi, kiyim-bosh muntazam ravishda almashtirib turiladi (bemorning tagiga yoziladigan choyshab har kuni, qindan koʻp ajralma kelganda esa, zaruratga qarab almashtirilishi lozim), soch sinchiklab tekshirib turiladi.

Ginekologiyada vaksinoterapiya, asosan, ayol jinsiy a'zolari-ning so'zagini davolashda ishlatiladi. So'zakka polivalent gonovak-sinasi bilan davo qilinadi.

Tayyor vakcina titrida, 1 ml da 500 mln. dan 1 mlrd. gacha mikroob tanasi bo'ladi. Vakcinaning titri va yaroqlilik muddati har bir ampulaga yozib qo'yiladi. Vakcina dumba muskuli orasiga yoki teri ichiga yuboriladi. Vakcina yuborilganda umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqadi. Juda shiddatli reaksiya bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun dastlabki vakcina katta dozada yuborilmaydi. Umumiy va mahalliy reaksiya ro'y bermaganda vakcina dozadini sekin-asta oshirib borish, vakcina yuborishga javoban picha umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqmaguncha vakcina yuborishni davom ettirish kerak. Vakcinani takror yuborishga javoban reaksiya yuzaga chiqmasa, vakcina yuboraverishning foydasi yo'q. Vakcina qancha yangi bo'lsa, organizmga kiritilganda o'shancha kuchli reaksiya kelib chiqadi. O'tkir so'zakda vakcinaning dastlabki dozasi o'rta hisobda 200—250 mln. mikroob tanasidan iborat bo'ladi. Organizmning ko'rsatadigan reaksiyasiga, vakcina dozasi qarab, gonokokk vak-sinasi har 1—3 kunda yuboriladi, dozasi esa har gal 150—250 mln. mikroob tanasiga oshirib boriladi.

So'zakning surunkali formalarida mahalliy vaksinatsiya usuli keng qo'llaniladi. Bunda vakcina bachadon bo'yni, uretra va to'g'ri ichak shilliq pardasining tagiga yuboriladi. Mahalliy vaksinatsiya kichik dozalardan: 40 mln. mikroob tanasidan boshlanib, sekin-asta 150—200 mln. ga yetkaziladi. Bu usulda umumiy va mahalliy reak-siya kuchli bo'ladi. Shuning uchun bu usulni faqat kasalxona sha-roitida qo'llash mumkin.

Autogemoterapiya — terapevtik maqsadlarda bemorning o'z qo-nini parenteral yo'l bilan yuborish — ginekologiyada keng rasm bo'lgan.

Autogemoterapiyada klinika nuqtayi nazaridan organizm himoya kuchlarining oshganligi va qon yaratish a'zolarining faoliyati kuchayganligi (leykotsitoz oshganligi) qayd qilinadi.

Jinsiy a'zolarining difteriya (bo'g'ma) tayoqchasi, qoqshol ta-yoqchasi yoki gazli gangrena mikrobi qo'zg'atgan infeksiyalarda an-titoksik spetsifik zardoblar yuborish shart.

Ginekologiya amaliyotida og'riq qoldiruvchi, qon to'xtatuvchi dori vositalari hamda antibiotiklardan, gormonlardan va fiziotera-pevtik vositalardan keng foydalaniladi.

Og'riq qoldiruvchi dori vositalari.

Ginekologiya amaliyotida og'riq qoldiruvchi dori vositalariga baralgin, novokain, lidokain, spazmalgon, promidol, morfin va boshqalar kiradi. Ko'pchilik og'riq qoldiruvchi dori vositalariga, odatda, shamcha (suppozitoriy) shaklida qo'llaniladi yoki eritmasi teri ostiga yuboriladi.

Ginekologik, ayniqsa, surunkali kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda nerv sistemasi juda qo'zg'aluvchan bo'ladi. Bunday holalarda bromid preparatlari va valeriana qo'llaniladi.

DORI VOSITALARI BILAN DAVOLASH

Bulgarga bachadonga ta'sir etadigan qon to'xtatadigan dorilar: vikasol, disinon, ergotil, ergometrin, metilergometrin, oksitotsin, pituitrin, kalsiy xlorid, kalsiy glukonat kiradi.

Ba'zan qon to'xtatuvchi turli dorilarning kombinatsiyalari ham foyda beradi.

Gipofizning orqa bo'lagidan tayyorlanadigan ekstrakt — pituitrin R ham qon to'xtatuvchi dori sifatida ishlatilishi mumkin. Bu preparat silliq muskullarning (shu jumladan, bachadon muskularining) qisqarishini kuchaytiradi. Pituitrin R ichak va qovuqning operatsiyadan keyingi atoniyasida ishlatiladi. Bachadondan disfunktsional qon ketganda (balog'atga yetish davrida, klimaks davrida), surunkali metritda, abortdan keyin qon ketganda pituitrin R, oksitotsin qo'llaniladi.

Antibiotiklar

O'rta tibbiyot xodimlari bemorlarni shifokor nazorati ostida davolaydilar.

Shifokor har bir bemor uchun alohida muayyan antibiotik preparatlarni buyuradi. Ayrim ginekologik kasalliklar, ayniqsa, spetsifik yallig'lanishlar maxsus davolash kursi (sxema) bo'yicha olib boriladi. O'rta tibbiyot xodimlari yuqorida qayd etilgan sxemalar bilan tanish bo'lishlari lozim.

So'zak, septik xarakterdagi boshqa turli yuqumli kasalliklarni davolashda ginekologiyada sulfanilamid preparatlar keng qo'llaniladi.

Quyidagi hollarda sulfanilamid preparatlarga monelik bo'ladi:

- yurak-tomir sistemasi va qon kasalliklari;
- o'pka silining keng faol shakli;

- yara, jigar kasalliklari;
- nefrozo-nefritlar, Bazedov kasalligi, epilepsiya, og‘ir endokrin kasalliklar;
- toksikozlar bilan davom etadigan barcha homiladorliklar.

Sulfanilamid preparatlar bilan davolashda deyarli hamisha umumiy darmonsizlik, bosh aylanishi, ishtahadan qolish, picha bosh og‘rig‘i kabi ba‘zi ko‘ngilsiz hodisalar kuzatiladi. Bular davolashni to‘xtatishga sabab bo‘lmasligi kerak.

Bemorning boshi qattiq og‘riganida, qusganida, terisiga g‘udda toshganida, qo‘l-oyoqlari jonsizlanib qolganda, tomiri juda tez urganda, sianoz, sariq kasalligi paydo bo‘lganda sulfanilamid preparatlar bilan davolashni vaqtincha to‘xtatib turish kerak. Ko‘ngilsiz hodisalar paydo bo‘lsa, toksinlarni organizmdan chiqarib yuborish uchun bemorga ko‘proq suyuqlik beriladi, ichni tozalaydigan huqna qilinadi yoki surgi dori ichiriladi.

Antibiotiklardan penitsillin, ayniqsa, ko‘p ishlatiladi. Penitsillin (*penicilliumnotatum* yoki *crustosum*) zamburug‘i moddalar almashinuvida hosil bo‘ladigan moddadir. Penitsillin bakteriostatik ta‘sir ko‘rsatadi (mikroblarning o‘shishini to‘xtatadi), ammo katta dozalari bir qancha mikroblarga, jumladan, gonokokklarga bakteritsid ta‘sir ko‘rsatadi (bakteriyalarni o‘ldiradi).

Streptokokk, pnevmokokk, gonokokk, meningokokk va boshqa ba‘zi mikroblar qo‘zg‘atadigan kasalliklarda penitsillin yaxshi foyda beradi; penitsillin viruslarga, ichak tayoqchasiga, sil, brutselloz mikroblariga ta‘sir etmaydi.

Penitsillinning zaharli xossalari yo‘q. Penitsillin eritmasi, odatda muskul orasiga, ba‘zan esa venaga yuboriladi.

Penitsillin so‘zak va turli mikroblar qo‘zg‘atadigan boshqa ko‘pgina yuqumli jarayonlarga davo qilish uchun eng ta‘sirli dorilardan biridir.

Septik jarayonlarda penitsillin dozasi va qo‘llanish usuli infeksiyaning xarakteriga va o‘tkirlik darajasiga bog‘liq.

Septik kasalliklarda penitsillinni qo‘llab yaxshi natijalarga erishib bo‘lmasligi bir qancha sabablarga bog‘liq bo‘lishi mumkin, ya‘ni:

- mikroblarning penitsillinga chidamliligi; stafilokokk, ichak tayoqchasi, ko‘k-yashil yiring tayoqchasi, enterokokk qo‘zg‘atgan septik jarayonlarda ko‘pincha shunday bo‘ladi;

– preparatni yetarli dozada bermaslik va muntazam ravishda yubormaslik;

– preparatni haddan tashqari kech, organizmdagi o‘zgarishlar qaytmas holga o‘tgandan keyin (septik endokardit, ko‘plab yiringli metastaz o‘choqlari, miya absesslari) qo‘llash;

– ochilmagan yiring o‘chog‘i (piyemiya) borligi. Septik kasalliklarga davo qilishda penitsillinoterapiya hozir yetakchi terapiya ekanligi shubhasiz. Penitsillinni o‘z vaqtida, to‘g‘ri qo‘llash natijasida septik kasalliklardan o‘lim ko‘rsatkichi kamaygan. Bir qancha hollarda penitsillinoterapiya bilan birga, boshqa turli davo usullaridan ham foydalanish (kimyoterapiya, jumladan, sulfanilamid preparatlar bilan davolash, immunoterapiya, jarrohlik operatsiyasi — absesslarni ochish va shunga o‘xshash) zarurligini esda tutmoq kerak.

Keng doirada ta’sir qiladigan antibiotiklar. So‘nggi vaqtda avvalo penitsillinga chidamli mikroblar qo‘zg‘atadigan kasalliklarda antibiotiklarning katta guruhi qo‘llanilmoqda.

Antibiotiklar bilan davo qilinayotganda achitqisimon zamburug‘larning paydo bo‘lishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Shuning uchun butun davolash kursi mobaynida bemorlarga vitaminlar (yaxshisi polivitaminlar), dori preparatlaridan — levorin va nistatin buyurish lozim.

Parazitlarga qarshi vositalar

Trixomonadali kolpitni davolash uchun metronidazol (trixopol 250, flagil, klion, efloran) qo‘llaniladi. Trixopol 500 vaginal shamcha ko‘rinishida ishlab chiqariladi. Bu preparatlar bilan bir qatorda, shilliq qavat zamburug‘li zararlanishning oldini olishda nistatin preparati qo‘llaniladi.

Gormonoterapiya

Gormonlar bilan davolashda ichki sekretiya bezlaridan tabiiy yo‘l bilan olingan preparatlar va sintetik analoglar qo‘llaniladi.

Davolashning quyidagi turlari mavjud:

1. O‘rnini bosuvchi gormonoterapiya — organizmda gormonlar miqdori yetishmasligida yoki kamayib ketganda qo‘llaniladi.

2. Stimullovchi gormonoterapiya — organizmdagi tabiiy gormon ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.

3. Tormozlovchi gormonoterapiya — endokrin bezlarning gipersekretsiyasida qo‘llaniladi.

Gormonal preparatlar quyidagicha farqlanadi:

- ayollar jinsiy gormoni (estrogen va sariq tana gormonlari);
- erkaklar jinsiy gormoni.

Estrogen preparatlarga — estron (follikulin), estradiola dipropionat, etinilestradiol (mikrofolin), sinestrol kiradi.

Estrogen preparatlarining aktivligi shartli birliklarda (TB) ifodalanadi (1 mg estron 10 000 TB tashkil qiladi).

K o' r s a t m a l a r. Birlamchi va ikkilamchi amenoreya, infantilizm, bepushtlik, klimakterik va postkastratsion sindromlarda, bachadondan disfunktsional qon ketganda qo'llaniladi.

M o n e l i k. Jinsiy a'zolar va sut bezining o'smasida. Birinchidan, sust ishlayotgan endokrin bezlarning yetishmayotgan gormonlarini to'ldirish, ikkinchidan, biron o'zgarish yoki kasallik oqibatida normadan ortiqroq ishlayotgan endokrin bezlarning sekretini neytrallash maqsadida organizmga gormonal preparatlar va sintetik gormonlar yuboriladi. Endokrin bezlar ortiqcha ishlab, gormonlar ko'p chiqqanda boshqa bezlarning birgalashib ishlashi buziladi.

Tuxumdon funksiyasi buzilganda tuxumdon gormonining preparatlari ginekologiyada keng qo'llaniladi.

Tuxumdonning ekstraktlari ovarinlar deb ataladi. Tuxumdon to'qimasida gormonlar kamroq bo'ladi, follikula yorilishi paytiga kelib follikular suyuqlikda ovarial gormon ko'payadi. Follikular apparatdan ishlanib chiqadigan bu gormon estrogen gormon deb ataladi.

Tuxumdon gormonlari bevosita qonga o'tib, siydik bilan chiqqani uchun tabiiy estrogen moddalarning preparatlari follikular gormonlar homilador ayollar yoki ot siydigidan olinadi.

Tuxumdon gormonlarining preparatlari tabletkalar, tomchi dori va ampulalarda (teri ostiga yuborish uchun) ishlab chiqariladi.

Jinsiy a'zolarining chala taraqqiy etishi, tuxumdonlar gipofunksiyasi va shu tufayli gipooligomenoreya yoki ikkilamchi amenoreya belgilarining kelib chiqishi, gemorragik metropatiyaga estrogen preparatlar bilan davolash qilinadi.

Sut bezlarining rakida va tuxumdonning xavfli o'smalarida ham estrogen preparatlar keng qo'llanilmoqda. Odatda, ular keksa yoshdagi va kechki menopauzadagi bemorlarga buyuriladi.

Menopauzada bo'lgan yoki menopauzadan keyingi birinchi yillarda (5 yilgacha) androgenlarni qo'llash maqsadga muvofiq.

Sintetik estrogen preparatlarni teri ostiga yuborish uchun ampulalarda va ichish uchun tabletkalar shaklida ishlab chiqariladi.

Sariq tana ham ichki sekretiya bezi hisoblanadi, tuxumdonning shu tanadan ishlanib chiqadigan ikkinchi gormoni — sariq tana gormoni — progesteron deb ataladi.

Sariq tananing sintetik gormonlari progesteron va pregnin nomi bilan ishlab chiqariladi.

Qon ketmayotganda progesteron berish hayz siklining tiklanishiga imkon beradi. Odatdagi va tahdid solib turgan abortda ham progesteron qo'llaniladi.

Pregnin — sariq tana gormoni (progesteron) ning sintetik analogidir. Progesteronning biologik va shifobaxsh ta'siri qanday bo'lsa, pregninniki ham shunday. Pregninning progesterondan afzalligi shuki, uning tabletkalarini qabul qilish mumkin.

Erkak jinsiy gormonining preparatlari testosteron-propionat va metiltesteron nomi bilan ishlab chiqariladi.

Ayollarda bachadondan disfunktsional qon oqishi, tomir va nerv sistemasining klimakteriy davri bilan bog'langan o'zgarishlarda testosteron-propionat buyuriladi. Klimakteriydan ilgari davrda va klimakteriy davrida bachadondan funktsional qon oqqanida testosteron inyeksiya qilinsa, endometriy atrofiyalanib, qon ketishi to'xtaydi.

Tuxumdonlar bilan sut bezining rakiga davo qilishda ham testosteron qo'llaniladi.

Qalqonsimon bez ekstrakti — tireoidin qalqonsimon bezning yetarli ishlamasligidan kelib chiqqan menoragiyalarda qo'llaniladi.

Pituitrin R gipofiz (miya ortig'i) orqa bo'lagingning ekstrakti bo'lib, odatda teri ostiga yuboriladi (bir gallik dozasi 0,5—1 ml). Bu preparatlar silliq muskullarni qisqartirgani uchun bachadondan atonik qon ketishida, operatsiya qilingan bemorlarning siydigi ushlanib qolganda, meteorizmدا ichak peristaltikasini kuchaytirish uchun buyuriladi.

FIZIOTERAPEVTIK DAVOLASH USULLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklariga davo qilishda fizioterapevtik usullar ko'p qo'llaniladi.

Organizmga biron fizioterapevtik usul bilan ta'sir etganda shuni nazarda tutish kerakki, har qanday boshqa tashqi ta'sir kabi fizioterapevtik ta'sir ham reflektor reaksiyalarga sabab bo'ladi. Fi-

zioterapevtik muolajalarning shifobaxsh ta'sir ko'rsatishida ana shu reaksiyalar katta rol o'ynaydi. Davolash muassasalarida ko'rsatiladigan terapevtik ta'sirlarda shartsiz ta'sirotn (ya'ni biron fizioterapevtik muolaja) bilan birga, har xil tashqi omillar ham ta'sir etishini esdan chiqarish yaramaydi.

Elektroterapiya

Ginekologik bemorlarga davo qilishda elektr tokidan galvanik, faradey va yuksak kuchlanishli o'zgaruvchan tok shaklida qo'llaniladi.

Ta'sir etib turgan vaqtda kuchlanishi bir xil bo'lgani holda bir yo'nalishga ega bo'ladigan tok galvanik tok yoki o'zgaruvchan tok deb ataladi. Galvanik tok galvanik batareya, akkumulator yoki maxsus mashinadan olinadi. Terapevtik maqsadlar uchun tok kuchlanishi 60—80 V dan oshmasligi lozim.

0,25—1 mm qalinlikdagi yupqa qalay elektrodlar eng yaxshi elektrodlar hisoblanadi.

Elektrod yuzaga zichroq yopishib turishi va shu bilan tokni bir tekis taqsimlashi uchun, paxmoq laxtaklardan qalin gigroskopik qistirma qo'yiladi. Qistirma fiziologik eritma bilan ho'llanadi, siqib tashlanadi va badanning elektroliz bilan ta'sir etiladigan qismiga yopiladi, ustidan qalay elektrod plastinkasi qo'yiladi va hammasi birga vint bilan mahkamlanadi.

Ionoterapiya

Muayyan dori moddalarni, masalan, yod, kalsiy va boshqa elementlarning ionlarini o'zgaruvchan elektr toki yordamida organizmga yuborish ionoterapiya (boshqacha aytganda, ionoforez, elektroionoterapiya) deb ataladi. Ayni vaqtda, terapevtik samara beradigan ionlar organizmga yuboriladi.

Elektroionoterapiya texnikasi quyidagicha: bemorning dumg'aza sohasiga qumli xalta qo'yilib, indifferent elektrod badanga zich taqaladi. Bu elektrod iliq fiziologik eritmaga hollangan matoni qalin qavati bilan qoplangan 10x15 sm kattalikdagi qo'rg'oshin plastinkadan iborat. Mato qavati bilan qoplangan ikkinchi elektrod qorinning pastki qismiga qo'yiladi. Bu elektrod matosi ham dori moddasi eritmasiga ho'llangan bo'ladi. Ginekologiya amaliyotida ionoterapiya ko'pincha qin yoki bachadon bo'yni kanalining shilliq pardasi orqali o'tkaziladi.

Vaginal terapiya uchun silindrik uchlik shaklidagi elektroddan foydalaniladi.

Diatermiya

Diatermik tok (yuqori chastotali tok) bir necha elektrodli maxsus apparatlar yordamida hosil qilinadi va mahalliy diatermiya shaklida qo'llaniladi.

Ginekologiyada elektrodlni qorin bilan belga (qorin-orqaga joylashtirish), qorin bilan qinga qo'yish (qorin-qin-orqaga joylashtirish) keng qo'llaniladi.

Diatermiya, ayniqsa, gonokokk kabi issiqqa o'jiz bakteriyalarga bakteritsid ta'sir etadi, to'qimalardagi modda almashinuvini oshiradi, qon va limfa aylanishini kuchaytiradi, og'riq sezgisini kamaytiradi va hokazo.

Ginekologiyada diatermiya chanoq qorin pardasi yallig'lanib, bitishma, ekssudatlar paydo bo'lganda, operatsiyadan keyin chandiqlar yuzaga kelganda, parametritlarda, bachadon ortiqlaridagi yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi.

Tuxumdon gipofunksiyasida, jinsiy a'zolar chala yetilganda, spastik dismenoreyada diatermiya yaxshi natijalar berishi mumkin.

Yorug'lik bilan davolash. Ginekologik kasalliklarga davo qilish maqsadida yorug'lik yoki gelioterapiya (oftob bilan davolash) shaklida yoki sun'iy yorug'lik manbalari yordamida qo'llaniladi.

Quyosh vannalari. Organizmga oftobning ko'rsatadigan ta'siri quyosh yorug'ligi spektrining tarkibiga va yoritilish muddatiga bog'liq. Quyoshning nechogliq balandda turishiga va atmosfera holatiga (namlik, bulut va shunga o'xshashlarga) qarab hatto bir joydagi quyosh spektri ham farq qiladi. Shunday ekan, kunning turli soatlarida va turli fasllarda quyosh bir xilda ta'sir etmaydi.

Quyosh vannalaridan foydalanish ba'zi bir qoidalarga rioya qilishni talab etadi, chunonchi:

— davolashga kirishishdan oldin bemor badanini oftob bilan yoritishga asta-sekin o'rgatishi zarur;

— dastlabki havo vannalarida kasallik o'chog'ini yoritmaslik kerak, chunki yallig'lanish jarayonlarini zo'riqtirib yuborish xavfi bor;

— bemorning boshiga (ayniqsa, ko'ziga) oftob tushmasligi uchun to'sib qo'yish kerak;

— to'yib ovqat egandan keyin oftob muolajalarini qo'llash yaramaydi;

— muolaja vaqtida bemorga doimo qarab turiladi (yurak faoliyati tekshiriladi), mahalliy reaksiyaga (teri reaksiyasiga) va bemorning umumiy ahvoriga e'tibor beriladi;

— quyosh vannasi tamom bo‘lgach, bemorning charchash va bedarmonlik hissini bartaraf qilish uchun iliq suvli vanna buyuriladi.

Sun‘iy yorug‘lik manbalari bilan davolash

Davolash maqsadida sun‘iy yorug‘lik manbalaridan: infraqizil nur sochuvchi asboblar, Minin reflektori, solluks lampasi; ultrabinafsha nur sochuvchi asboblar, kvars lampasidan foydalaniladi.

Minin reflektori elektr yorug‘ligi bilan davolash uchun ishlatiladigan eng oddiy asbob hisoblanadi. Davolash 10—15 kun davom etib, har kuni 20 minutdan 60 minutgacha yorug‘lik beriladi.

Elektr vannalar chanoq a‘zolarining normal temperatura bilan davom etadigan har xil yallig‘lanish jarayonlarida qo‘llaniladi va ayniqsa, parametritlarda (chanoq kletchatkasi yallig‘langanda) yaxshi ta‘sir ko‘rsatadi. Seans 5 minutdan 30 minutgacha davom etadi. Hammasi bo‘lib 10—20 seans buyuriladi.

Yurak poroklari, miokardit, buyraklarning og‘ir kasalliklari, chanoq va organizmning boshqa qismlaridagi o‘tkir yoki zo‘riqqan yallig‘lanish jarayonlari elektr vannalardan foydalanishga monelik qiladi.

Solluks lampasi, asosan, infraqizil nurlarni sochadigan 200 Vattli katta elektr lampadan iborat.

Ginekologiyada ayollar jinsiy a‘zolarining yarimo‘tkir va surunkali yallig‘lanish jarayonlariga davo qilish uchun solluks lampasi keng qo‘llaniladi. Bu lampa ta‘sirida infiltrat shimilib ketadi va og‘riq bosiladi. Qizil nurdan foydalanish mahalliy giperemiya va leykotsitozga sabab bo‘lib, yaxshi natija beradi.

Simob-kvars lampasi, asosan, ultrabinafsha nur sochadi. Ginekologiya amaliyotida butun badanni, shuningdek, uning ayrim joylarini yoritish uchun kvars lampasidan foydalaniladi.

Gidroterapiya

Suv bilan davolash yoki gidroterapiya fizik davolash usuli bo‘lib, bunda turli temperaturadagi suvdan davo maqsadida foydalaniladi.

Gidroterapiyaning ta‘siri temperatura (issiq yoki sovuq)ning organizmga ta‘sir etishi bilan chambarchas bog‘liq.

Kasalxona muassasalarida turli vannalar ko‘p qo‘llaniladi. Ular qimmatli gidroterapevtik muolaja hisoblanadi.

Umumiy va mahalliy vannalar farqlanadi. Butun tana bo‘yigacha suv bilan ko‘milib tursa, umumiy yanna, tananing faqat bir qismi suvga botib tursa, mahalliy vanna deb ataladi (o‘tirila-

digan, bel va oyoq vannalari). Umumiy vannalar ham, mahalliy vannalar ham suv temperaturasiga qarab issiq (38°C va undan yuqori), iliq (35°C dan 37°C gacha), indifferent (34°), salqin ($25\text{--}33^{\circ}\text{C}$) va sovuq (25°C dan past) vannalarga bo'linadi.

Vannalar organizmga termik, mexanik va kimyoviy ta'sir qiladi, shu bilan birga, iliq vannalar modda almashinuvini kamaytirsa, issiq va salqin vannalar modda almashinuvini kuchaytiradi. Nimjon va ozg'in bemorlar umumiy vanna qabul qilishda ehtiyot bo'lishlari kerak. Bunday bemorlarning badanini ba'zan suvda ho'llangan latta yoki teng baravar suv qo'shilgan spirt bilan artib kifoyalanihga to'g'ri keladi.

Iliq vannadan foydalanishga monelik yo'q, deyish mumkin.

Ginekologiya amaliyotida o'tiriladigan vannalar yoki bel vannalari ko'proq qo'llaniladi. Ular, asosan, mahalliy (chanoq va qorin organlariga) ta'sir etadi. 20—30 minut o'tiriladigan iliq ($35\text{--}37^{\circ}\text{C}$) vannalar chanoq organlarining surunkali kasalliklarida tinchlantiruvchi va shimiltiruvchi ta'sir ko'rsatadi; issiq (40°C gacha va undan yuqori) vannalar esa chanoq sohasidagi eksudativ jarayonlarda va yallig'lanish infiltratlarida juda ta'sirli shimiltiruvchi muolaja hisoblanadi.

Terining termik va kimyoviy ta'sirlanishini kuchaytirish, qonni ko'proq keltirish va infiltratni tezroq shimiltirish uchun suvga ba'zan kimyoviy moddalar aralashtiriladi. Shu maqsadda suvga osh tuzi, dengiz suvi (1—5%) va mineral buloqlardan olinadigan boshqa tuzlar aralashtiriladi.

Balchiq bilan davolash (balneoterapiya)

Davolash maqsadlarida soz anorganik balchiq, chuchuk ko'llarning anorganik balchig'i, torf balchig'i juda foydali.

Balchiq muloyim moysimon massa bo'lib, rangi qora, undan vodorod sulfid va ammiak hidi keladi. Havoda balchiq kulrang bo'ladi, lekin ustiga rapa solinsa, bir necha vaqtdan keyin yana qorayib qoladi.

Torf balchig'i o'simlik organizmlarining kislorod tegmaydigan sharoitda uzoq vaqt parchalanishidan vujudga keladi. Bu balchiqda kolloid organik moddalar va mineral tuzlar ko'p.

Qinga qo'yiladigan balchiq tamponlar, mahalliy balchiq vannalar va ko'lchalardan ginekologiyada keng foydalaniladi. Mahalliy issiq muolajalar qaysi kasalliklarda buyurilsa, balchiq muolajalari ham, asosan, o'sha kasalliklarda buyuriladi, lekin balchiq muolajalari ayollarning kichik chanoq bo'shlig'idagi har xil infiltratlar va

turli-tuman yallig'lanish jarayonlarini shimiltirib yuboradi va kuchliroq ta'sir ko'rsatadi.

Balchiq tamponlar quyidagicha qo'llaniladi: bemor ginekologik tekshirish holatida stolga yotqiziladi va qiniga silindrik yelim ko'zgu kiritiladi, ko'zgu deyarli batamom to'lguncha unga shpatel bilan balchiq qo'yiladi. So'ngra doka o'ralgan va ip bilan bog'langan paxta sharcha uzun pinset yoki kornsang bilan olinib, ko'zgdagi balchiq qinga itariladi, ko'zgu esa shu payt qindan sekin-asta tortib olinadi. Bemor kushetkaga yotqizilib, chanoq sohasi va oyoqlari is-siq qilib o'rab yopiladi.

Qindagi balchiqni olish uchun bemor yana ginekologik stolga yotqiziladi; qinga suqilgan barmoq bilan oraliq qattiq bosilib, 5—6 stakan suv to'ldirilgan Esmarx krujkasining uchligi kiritiladi. Uchlik qinning orqa gumbazigacha kiritilgach, to'la oqim holda suv yuboriladi, ana shu suv balchiq tamponning pastrog'ida to'plana-verib, tamponni qindan tiqin singari itarib chiqaradi. Qin chayib bo'lingach, tashqi jinsiy a'zolar yuviladi.

Kasallik darajasiga qarab davolash kursida 15 tadan 20 tagacha tampon qo'yiladi.

Parafinoterapiya

Davolash maqsadlarida suvsizlangan oq parafin ishlatiladi, uning solishtirma og'irligi 0,9, suyuqlanish temperaturasi 52—55°C. Parafin kaft bilan badanga qo'yiladi; parafin qavatining qalinligi 2—3 mm dan oshmaydi. Parafin ustidan issiq (70—80°C) parafin shimdirilgan doka qistirma (8—10 qavat doka) qo'yiladi. Doka qistirma ustidan issiq saqlanishi uchun mumli qog'oz, so'ngra paxta yoki jun adyol yopiladi. Parafin har kuni 30—60 minut davomida qo'yiladi.

Qin parafinoterapiyasi shundan iborat: diametri 0,5—1 sm va uzunligi 15—20 sm li keladigan rezina naycha qinga 4—6 sm uzunlikda kiritiladi. Tashqi jinsiy a'zolarga temperaturasi 50°C dan oshmaydigan parafindan valik qo'yiladi. Bu valik, birinchidan, rezina naychani joyida ushlab turadi, ikkinchidan, issiq parafinning qindan oqib chiqishiga to'sqinlik qiladi. Shundan keyin sterilizatsiya qilingan va tegishli temperaturadagi 100 ml parafin rezina naycha orqali qinga shpris yoki ballon orqali yuboriladi. Rezina naycha to'lgach tiqini yopiladi. Parafin qotib bir soat o'tgach, rezina naycha, tashqaridagi parafin valigi olinadi. Parafin tampon esa yana bir necha soatga qoldiriladi va bemor kuchanganda o'zi chiqib ketadi.

Ishlatilgan parafinni 110—120°C temperaturada 10 minut sterilizatsiya qilgandan keyin qayta ishlatilishi mumkin. Parafinni sterilizatsiya qilishdan oldin g'alvirda katta bosimdagi suv oqimida yuvish, so'ngra yaxshilab quritish kerak. Parafin 2—3 marta ishlatilganidan keyin mo'rtlashib uvalana boshlaydi, lekin unga 25—30% yangi parafin qo'shilsa, yana ishlatishga yaroqli bo'lib qoladi.

Ozokeritoterapiya

Ozokerit neft konlarida yer bag'ridan olinadi. Xom ozokeritdan suv, mineral moylar va mexanik aralashmalarni ajratish yo'li bilan tayyorlangan standart ozokerit davolash maqsadlari uchun qo'llaniladi.

Standart ozokerit, asosan, serezin, oz miqdorda parafin, smola va asfaltenlardan iborat. Uning suyuqlanish temperaturasi 52—68°C. Ozokeritning issiqlik sig'imi katta, issiq o'tkazuvchanligi esa past bo'lgani uchun issiqni uzoqroq saqlaydi.

Temperaturasi yuqori (60—70°C) bo'lsa ham, balchiq bilan davolashda kelib chiqadigan ko'ngilsiz hodisalar (yurak o'ynashi, toliqish) ozokerit bilan davolashda kuzatilmaydi.

Ozokeritning yallig'lanishga qarshi ta'siri, ayniqsa, yallig'lanish infiltratlarida va bo'shliqlardagi ekssudatlarda, bachadon ortiqlari, chanoq qorin pardasi va kletchatkasining yallig'lanish jarayonlarida yaqqol ko'rinadi. Periferik tomirlarning kasalliklari (tromboflebitlar)da ozokerit, ayniqsa, yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Ozokerit og'riqni ham bosadi (ba'zan jarayon qisqa vaqt zo'riqadi, keyin og'riq qoladi). Ozokerit applikatsiya (50—60°C) yoki kompress holida ishlatiladi. Muolaja 30—60 minut davom etadi. Muolajalar kunda yoki kunora buyurilib, 15—30 tagacha yetadi.

Massaj va davolash badantarbiyasi

Massaj (uqalash) qimmatli terapevtik usul bo'lib, turli kasalliklarda muvaffaqiyat bilan qoilanadi.

Massaj qon aylanishini yaxshilaydi, binobarin, to'qimalarning qon bilan yaxshiroq ta'minlanishiga yordam beradi, modda almashinuvi mahsulotlarining tezroq chiqib ketishiga imkoniyat tug'diradi, muskullar sistemasiga ham ta'sir ko'rsatadi. Muskullar atrofiyalanganda massaj, ayniqsa, yaxshi yordam beradi.

Ginekologik bemorlarda chanoq tubi va qorin devori muskullarining funksional kamchiligi (bo'shshaganligi, yaxshi qisqarmasligi)da massaj tavsiya etiladi. Bunday hollarda massaj bi-

lan birga, odatda, gimnastika mashqlari ham buyuriladi. Uzoq vaqt o'rinda yotaverib, quvvatdan ketgan va kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga massaj tavsiya etiladi. Bunday bemorlarning umumiy massaj kursidan keyin kayfiyati, uyquasi, ishtahasi yaxshilanadi.

Ginekologik massaj kamroq qo'llaniladi.

Ginekologik massaj qilish uchun ko'p bilim va tajriba kerak, shu sababli ginekologik massajni faqat shifokor qilishi kerak.

Kichik chanoq a'zolari bilan to'qimalarining o'tkir va yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlarida, bemor turli sabablarga ko'ra, isitmalaganda, kichik chanoqda absesslar paydo bo'lganda (garchi bu absesslar bosilib turgan bo'lsa ham) ginekologik massaj tavsiya etilmaydi.

Har xil yuqumli kasalliklar, sil, yomon sifatli o'smalar, homiladorlik (hatto homiladorlikka gumon bo'lganda ham) massaj qilishga monelik bo'ladi. Shu sababli massaj buyurishdan oldin bemorni klinik laboratoriyada sinchiklab tekshirish (qoni, siydigi, ROY ni tekshirish) kerak.

Bolalikdan boshlab badantarbiya bilan muntazam shug'ullanish ayol organizmi uchun, ayniqsa, katta ahamiyatga egadir.

Badantarbiya bilan muntazam shug'ullangan ayollar osonroq tug'adi, tug'ruq va chilla davrida turli kasalliklarga kamroq chalinaldi, ularning organizmi badantarbiya bilan shug'ullanmagan ayollar organizmiga qaraganda chidamliroq bo'ladi, shu sababli ular kamroq kasallanadi va kasallikni yengilroq o'tkazadi.

Mana shuning uchun ham, tibbiyot xodimlari ayollarning yoshidan qat'i nazar, badantarbiya va sport bilan shug'ullanishini doim targ'ib qilishlari zarur.

Kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga yengil gimnastika mashqlaridan iborat shifobaxsh badantarbiya tayinlanadi, operatsiyadan keyin tuzalayotgan bemorlarga shifokorning maxsus ruxsati bilan badantarbiya buyuriladi.

Mashqlar har bir bemor uchun alohida tanlanib, qo'l-oyoqlarini yengil harakatlantirish, engashish, yurish, o'tirish va shunga o'xshash mashqlardan iborat bo'ladi.

Quvvatdan ketgan bemorlarning badantarbiya bilan shug'ullanishi uchun monelik bo'lmasa, begona kishining yordami bilan passiv harakatlar qilish (masalan, bemorning qo'l-oyog'ini qimir-latish), ya'ni passiv shifobaxsh gimnastika qilish mumkin.

NUR BILAN DAVOLASH. RENTGENOTERAPIYA

Rentgen nurlarini 1895-yilda V. K. Rentgen kashf etgan va X nurlar deb atagan.

Rentgen nurlari — to‘lqin uzunligi ko‘rinadigan nurlarning to‘lqin uzunligidan bir necha ming baravar kalta bo‘ladigan ko‘rinmas nurlar, ya‘ni elektromagnit nurlardir.

Rentgen nurlari qattiq va yumshoq nurlarga bo‘linadi. Qattiq nurlar to‘qimalarning ichkarisiga kira oladi, yumshoq nurlar esa uzunroq to‘lqinli bo‘lib, to‘qimalarga ko‘proq yutiladi va shu sababli faqat yuzadagi to‘qimalarga ta‘sir etishi mumkin. Rentgen nurlarining qattiqligi, binobarin, kirib-o‘tib borish xossasi elektronlarning harakat tezligiga bog‘liq. Rentgen trubkasi chuqur kirib boruvchi qattiq nurlar bilan birga, teriga halokatli ta‘sir etadigan bir talay yumshoq nurlarni ham chiqaradi. Yumshoq nurlarning shunday ta‘sir etishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun aluminiy, rux, mis, shuningdek, atom og‘irligi yuqori bo‘lgan turli metallarning qotishmalaridan yasalgan maxsus filtrlardan foydalaniladi.

Rentgen nurlari bilan to‘qimalarning hujayralarini oshirish mumkin, shu bilan birga, patologik jarayonda o‘zgargan hujayralarga nisbatan sog‘lom hujayralar rentgen nurlarining yemiruvchi ta‘siriga chidamliroq bo‘ladi. O‘smalarga rentgen nurlari bilan davo qilish ularning xossalariga asoslangan. O‘smalarning hujayralari rentgen nurlariga (shuningdek, radiyga ham) ko‘proq sezgir bo‘lgani uchun sog‘lom to‘qima hujayralariga nisbatan tezroq nobud bo‘ladi.

Ammo rentgen nurlari mahalliy ta‘sir ko‘rsatish bilangina kifoyalanib qolmay, nerv sistemasi orqali reflektor yo‘l bilan butun organizmga umumiy ta‘sir ko‘rsatadi, bu nurlarning terapevtik effektida juda katta rol o‘ynaydi.

Bemorni rentgen nurlari bilan davolashda terapevtik effekt ko‘p sabablarga: bemorning individual xususiyatlariga, nerv sistemasining funksional holatiga, bemorning yoshiga, nur berish metodikasiga, dozasiga va nihoyat to‘qimaning (o‘smaning) nur energiyasiga sezgirligiga bog‘liq.

Ginekologiya amaliyotida rentgenoterapiya keng qo‘llaniladi.

Tuxumdonlar funksiyasining buzilishi sababli bachadondan qon ketganda rentgen nurlaridan foydalanishga kelsak, bu jihatdan rentgen nurlarining, ayniqsa, qimmatli ekanligini aytib o‘tmoq kerak, chunki bunda tuxumdonning follikular apparatiga ta‘sir

etadigan ishonchli usulga ega bo'lamiz. Tuxumdonning follikular apparati rentgen nurlarining ta'sirida chuqur degenerativ o'zgarishlarga uchraydi, shu sababli pirovardida follikular apparat atrofiyalanib, tuxumhujayralar hosil bo'lishi to'xtaydi, natijada amenoreya ro'y beradi. Ikkala holda ham kasallikning asosiy belgisi — qon oqishi to'xtaydi.

Tuxumdondagi o'zgarishlar bilan bir vaqtda bachadon shilliq pardasida ham chuqur o'zgarishlar ro'y beradi. Bu o'zgarishlar pirovardida atrofik jarayonlar va regressiv o'zgarishlar ro'y berishiga olib keladi.

Rentgen nurlarining tuxumdon follikular apparatiga yuqorida ko'rsatilgandek ta'sir etishini nazarda tutib, faqat klimakteriy davriga yaqin ayollarning bachadonidan qon ketayotganida rentgen nurlari bilan davo qilish mumkin.

Klimakteriy davrida qon ketganda rentgen nurlari bilan davo buyurishdan oldin bachadon sinov maqsadida qirilib, qirindi gistologik tekshirishdan o'tkaziladi.

Bachadon fibromiomalariga rentgen nurlari bilan davo qilish ham keng ommalashgan va ko'pincha operatsiya o'rnida qo'llanilmoqda. Fibromiomalarning asosiy belgilaridan biri qon oqishini davolashga majbur etadi, nur energiyasi esa shu belgini bartaraf qilishdan tashqari, o'smani kichraytiradi va hatto batamom yo'q qiladi, chunki rentgen nurlari ta'sirida follikular apparat yemirilib ketishi sababli hayz funksiyasi to'xtashi bilan bir qatorda, bachadon to'qimalarida atrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Shilliq parda ostidagi (submukoz) fibromiomalar, katta fibromiomalar uzun oyoqchali ayrim tugunlar shaklidagi subseroz fibromiomalarga rentgen nurlari bilan davo qilish tavsiya etilmaydi. Yaxshi sifatli o'sma yomon sifatli o'smaga aylangan deb gumon tug'ilganda (o'sma tez o'sganda) ham rentgen nurlari bilan davolash yaramaydi.

Yallig'lanish jarayonlarida infiltratni shimiltirish va og'riq qoldirish maqsadida rentgenoterapiya (kichik dozada) g'oyat kam qo'llaniladi.

Yoshi 40 dan oshgan bemor ayollarni rentgen nurlari bilan davolasa bo'ladi, reproduktiv yoshdagi ayollarga kasallik jarayoni eskirib ketganda, shuningdek, bemorda amenoreya paydo bo'lganda va ayol turmaydigan bo'lib qolgandagina rentgenoterapiya tatbiq etilishi mumkin.

Ayollar jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalarini rentgen nurlari bilan davolash keng qo'llaniladi.

Radiy bilan davolash

Ginekologiya amaliyotida, asosan, yomon sifatli o'smalarga davo qilish uchun radiy va radioaktiv izotoplar — radioaktiv kobalt (Co 60) va radioaktiv oltin (Au 198) dan foydalaniladi.

Radiy alfa-, beta- va gamma-nurlarini sochadi.

Alfa-nurlar geliy atomlarining musbat zaryadli yadrolari bo'lib, to'qimalarga picha kiradi va qattiq moddalarning eng yupqa qatlamlarida bemalol ushlanib qolishi mumkin.

Beta-nurlar manfiy zaryadli bo'lib, rentgen trubkasining katod nurlariga mos keladi. Ularning o'tib-kirib borish xossasi alfa-nurlaridagidan ko'ra kuchliroq.

Gamma-nurlar elektromagnit tebranishlardan iborat bo'lib, rentgen nurlari kabi kalta to'liqinli bo'ladi va juda ichkari kirib boradi.

Davolash maqsadlarida, odatda, faqat gamma-nurlardan foydalaniladi, qolgan nurlar alfa- va beta-nurlarni o'tkazmaydigan og'ir metall (oltin, platina) filtrlarda ushlanib qoladi. Shu sababli qo'llaniladigan radiy preparatlari oltin yoki platina naychalarda (filtrlarda) chiqariladi. Radiy preparatlari juda barqaror bo'lib, juda sekin parchalanadi, taxminan 1580 yildan keyin yarimparchalanadi. Bu davr yarimparchalanish davri deb ataladi.

Davolash maqsadlarida sof radiy emas, balki uning xlorid, bromid sulfat va karbonat tuzlari ishlatiladi.

So'nggi yillarda sof radioaktiv elementlar o'rniga amalda radioaktiv izotoplar — radioaktiv kobalt, radioaktiv fosfor, radioaktiv seziv, radioaktiv oltin va shu kabilar keng qo'llanilmoqda.

Radioaktiv izotoplar radiyning o'rnini bemalol bosadi, ularni tayyorlash kam xarajat talab qilgani uchun keng rasm bo'ldi.

Hozirgi vaqtda mahalliy applikatsiyalar uchun radioaktiv kobalt ishlatilmoqda.

Radioaktiv kobalt oq metall bo'lib, atom og'irligi 59. Kobalt izotopi radioaktiv xossalarga ega bo'lib, atom og'irligi (Co 60). Radioaktiv kobalt (Co 60) ning yarimparchalanish davri 5,3 yil.

Radioaktiv kobalt shtiftlar shaklida tayyorlanadi. Bu shtiftlar zanglamaydigan po'lat naycha ichidagi radioaktiv kobalt-nikel qotishmasidan iborat. Zanglamaydigan po'lat naycha yumshoq nurlarni ushlab qolish xususiyatiga ega.

Radioaktiv fosfor (P 32), asosan, ba'zi bir qon kasalliklarida va suyaklar o'smalarida ishlatiladi.

Radioaktiv oltin (Au 198) ning kolloid eritmalari qorin pardasining metastatik kasalliklarida, tuxumdonlarning yomon sifatli o'smalarida, limfa tugunlaridagi metastazlarda (sanchish yo'li bilan) bo'shliqlar ichiga (masalan, qorin bo'shlig'iga) kiritiladi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OPERATIV DAVOLASH

Hozirgi zamon ginekologiyasida davolashning jarrohlik usullari keng qo'llaniladi. Operatsiya qilish uchun tegishli sharoit yaratishda o'rta tibbiyot xodimlari faol qatnashadi.

Operatsiya xonasini, asboblarni tayyorlashga rahbarlik qilish, operatsiya xonasini steril choyshablar, salfetakalar, kiyim-kechak, bog'lov materiallari bilan, narkoz hamda boshqa turdagi og'riqsizlantirish uchun zarur narsalar bilan ta'minlash operatsiya hamshirasining burchidir.

Operatsiya xonasida konditsion havo bo'lmasa, bu xona yaxshilab shamollatilishi va devorlari vaqt-vaqtida (haftada kamida bir marta) yuvib turilishi lozim. Operatsiya xonasining poli har bir operatsiya kundan keyin yuvilishi lozim. Operatsiya xonasidagi temperatura 20—25°C atrofida bo'lishi zarur. Operatsiyadan oldin operatsiya stolini grellkalar bilan isitish kerak.

Asboblarni maxsus sterilizatorlarda soda qo'shib qaynatib, sterilanadi (asboblarni zanglamasligi uchun 1 % li soda qo'shiladi). Asboblarni kamida 20 minut qaynatilishi lozim. Sterilizatorga asboblarni suv qaynab chiqishi bilan solinadi.

Qaynatilgan asboblarni sanitarka operatsiya hamshirasi stoliga keltirib qo'yadi, operatsiya hamshirasi esa bu asboblarni tegishli tartib bilan joylashtiradi va operatsiya boshlanguncha steril choyshab bilan yopib qo'yadi.

Operatsiya vaqtida asbob tushib kesa yoki shu maqsad uchun qo'yilgan tog'oraga ataylab tashlansa, o'sha asbob cho'tka bilan sovunlab yuvilishi va undan keyin qaynatilishi lozim. O'tkir asboblarni va ignalar qaynatilganda o'tmaslashib qolmasligi uchun dokaga o'rab qaynatiladi. Skalpellar qaynatilgandan keyin operatsiya vaqtida spirtda saqlanadi.

Operatsion hamshira qo'l yuvishga ishlatadigan cho'tkalar ham qaynatilib, toza tutilishiga qarab turadi. Qo'l Spaso-Kukoskiy usulida

yuvilsa, shu maqsad uchun ishlatiladigan tog'oralar ham spirt yoqib kuydirilishi kerak.

Choyshab, kiyim-kechak, bog'lov materiali va rezina qo'lqoplar avtoklavda umumiy jarrohlik qoidalariga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgut xirurgiya darsliklarida beriladigan maxsus retseptlarga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Operatsiya hamshirasi zarur asboblarni haqidagi masalani jarroh bilan kelishib oladi. Operatsiya vaqtida hamshira operatsiyaning qanday borishini kuzatib turishi kerak. Tajribali hamshira operatsiyaning borishini kuzatib turar ekan, odatda, jarrohning aytishini kutib turmasdan zarur asboblarni, choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgutni uzatib turadi.

Qorin devorini kesib qilinadigan operatsiyalarda jarroh odatda bemorning chap tomonida turadi, birinchi assistent uning qarshisida, ikkinchi assistent esa bemorning oyoq tomonida turadi. Qin operatsiyalarida jarroh vintli stulda o'tiradi, yordamchilari esa ikki yon tomondan joy olishadi. Yordamchilardan biri odatda qin ko'zgulari va ko'targichlarni ushlab turadi, ikkinchisi esa jarrohning ko'rsatmalariga muvofiq unga yordamlashadi.

Zarur asboblarni, ipak va ketgutni operatsiya hamshirasi pastak stolchaga qo'yadi. Bu stolcha odatda operatsiya jarrohining o'ng tomonida turadi. Jarroh zarur asboblarni o'ng tomondan o'zi be-malol olib turadi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlash. Operatsiya qilinadigan bemorlar oldindan tayyorlanishi lozim. Avval bemorning operatsiyadan qo'rqishini bartaraf qilish, operatsiyaning yomon natija bilan tugashi haqidagi fikrlarini va boshqa noto'g'ri tasavvurlarini yengish uchun ularning psixikasiga ta'sir etish, dalda berish kerak. Operatsiyaning eson-omon o'tishiga, operatsiya og'riqsiz bo'lishiga, operatsiyadan keyingi davr ham og'riqsiz va bexatar o'tishi uchun operatsiyadan keyin tegishli choralar ko'rilishiga bemorni ishontirish uchun hamma chorani ko'rish zarur. Shuni nazarda tutib, bo'limda shunga o'xshash operatsiyalardan sog'ayayotgan bemorlar haqida so'zlab berish kerak.

Operatsiyaga tayyorlanayotgan bemorga qo'l-oyoqni fiksatsiya qilish (bog'lab qo'yish) kabi tadbirlarning mohiyatini tushuntirish zarur. Bemor steril choyshab, kiyim-kechakka va operatsiya maydoni sohasiga qo'llarini tasodifan tekkizib, infeksiya yuqtirmasligi uchun qo'l-oyog'i bog'lab qo'yiladi.

Bundan tashqari, har bir ginekolog operatsiyadan oldin bemorni maxsus tayyorlashi kerak. Avvalo, badanning umumiy tozaligiga ahamiyat berish zarur, buning uchun operatsiyadan bir kun oldin bemor vannaga tushib, butun badanini sovunlab yuvadi, vannadan keyin toza kiyim-kechak kiygiziladi. Badanni teng baravar spirt qo'shilgan suv bilan artib tozalash ham mumkin. Ayol infeksiyon kasallikdan keyin ozib ketgan, kamqon yoki bequvvat bo'lsa, operatsiyagacha uning umumiy ahvolini yaxshilashga alohida e'tibor berish (yotqizib qo'yish, oqsil va vitaminlarga boy ovqatlar bilan yaxshi boqish, qon quyish) kerak. Rejali operatsiyadan ilgari bemorni terapevtga ko'rsatish zarur.

Bemorning ichagi operatsiyaga tayyorlanishi lozim. Shu maqsadda operatsiya arafasida bemorga yengil ovqat (suxari bilan bulyon va kisel) beriladi, kechqurun esa suxari bilan bir piyola shirin choy ichiriladi. Ba'zi shifokorlar operatsiya kuni ertalab ham shirin choy berishni tavsiya etadilar, lekin bu choy operatsiyadan kamida 2 soat ilgari ichiriladi. Ichakni yoki oraliqni operatsiya qilishga to'g'ri kelsa (plastik operatsiyalarda), ayniqsa, oraliq uchinchi darajali yirtilgan bo'lsa, operatsiyaga ikki kun qolganda ich tozalanadi; bemorga yengil ovqat beriladi, surgi va huqna qilinadi.

Hayz qoni kelayotganligi, odatda, ginekologik operatsiyalar qilishga yo'l qo'ymaydi. Qin operatsiyalarida hayz qoni operatsiya jarohatini doim ho'l qilib turishiga yo'l qo'ymaslik uchun hayz qoni to'xtagandan keyin operatsiya qilgan yaxshi.

Qin operatsiyalarida qin florasining tozalik darajasiga e'tibor beriladi, uchinchi va to'rtinchi darajalar operatsiyaga monelik qiladi va oldindan tayyorgarlik ko'rishni talab etadi, buning uchun operatsiyaga bir necha kun qolganda qin vodorod peroksid va kaliy yodid eritmasi bilan tozalanadi, shuningdek, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish buyuriladi. Operatsiya kuni bemorning qovi va tashqi jinsiy a'zolaridagi juni takror qiriladi. Tashqi jinsiy a'zolar, sonning yondosh yuzalari va qin dizeritma bilan chayiladi (yuviladi). Siydik pufagi (qovuq) kateter bilan bo'shatiladi, bemorning oyoqlariga steril paypoq kiygiziladi, qoviga choyshab solinadi, orqa chiqaruv teshigi sochiqqa o'ralgan kleyonka bilan yopiladi, bu sochiq ikkala tomondan son terisniga qisqich bilan yopishtiriladi, o'rtasidan esa oraliq terisiga ipak chok bilan mahkamlanadi.

Bemorni bachadon bo'yni rakini operatsiya qilishga tayyorlashning ayrim o'ziga xos xususiyatlari mavjud.

Bemor 5 kun ilgari statsionarga kelishi kerak. Shu davr mobaynida zarur klinik tekshirishlar o'tkaziladi (ko'krak qafasi rentgen nurlari bilan tekshiriladi, qon bosimi o'lchanadi, qoni, siydigi, najasi tekshiriladi), shuningdek, shifokorning ko'rsatmasiga muvofiq tayyorgarlik maqsadida davo tadbirlari ko'riladi.

Operatsiya arafasida bemor umumiy vannaga tushiriladi, kunning ikkinchi yarmidan boshlab ovqat berilmaydi, kechqurun huqna qilinadi (ba'zi bemorlarga surgi ichiriladi). Operatsiya qilinadigan kuni ertalab (operatsiyadan kamida ikki soat ilgari) takror huqna qilinadi.

Operatsiyadan oldin qovuq kateter yordamida bo'shatiladi, spirtda yaxshilab ho'llangan paxta sharchalar bilan qin artiladi, bachadon bo'yniga yod nastoykasi surtiladi. So'ngra qin quruq sharcha bilan artiladi va quruq tampon kiritiladi, bu tampom operatsiya vaqtida bachadonni qirqib olishdan ilgari chiqarib olinadi. Ba'zi jarrohlar bachadon bo'ynidagi rak o'smasini operatsiyadan oldin elektrokoagulatsiya qiladilar.

Og'riqsizlantirish. Operatsiyada og'riqsizlantirish (anesteziya) maqsadida umumiy ingalatsion narkoz va mahalliy anesteziya qo'llaniladi. Ba'zan orqa miya anesteziyasi qilinadi, buning uchun sezuvchanlikni falaj qiladigan eritmalar — novokain, lidokain orqa miya kanaliga yuboriladi.

Mahalliy anesteziya va orqa miya anesteziyasida bemorlarning hushi joyida bo'ladi, bu qayd etilgan usullarning kamchiligi hisoblanadi. Chunki orqa miya anesteziyasi bilan qilinadigan operatsiya og'ir operatsiya hisoblanib, juda toqatli bemorlarga yaxshi ko'tarishadi. Anesteziyaning har bir turi — mahalliy anesteziya ham, umumiysi ham malaka va ko'p tajriba talab qiladi.

Umumiy narkoz. Umumiy ingalatsion narkoz ko'proq qo'llaniladi, bunda bemor narkotik moddalarning bug'lari bilan nafas oladi. Odatda, narkoz sifatida efir ishlatiladi, kichik operatsiyalar uchun esa, ba'zan xloretil qo'llaniladi.

Efir tiniq suyuqlik bo'lib, g'alati hidi bor, u juda tez bug'lanib, badanni qattiq sovitadi; efir oson alanganadi, shu sababli uni olovdan ehtiyot qilish kerak. Efir ochiq bankada va yorug'da turganda tez parchalanadi.

Narkozga 20—30 minut qolganda bemorni tinchlantirish va yaxshiroq uxlatish uchun terisining ostiga morfin yoki pantopon yuborish, shuningdek, nafas yo'llari shilliq pardasining sekretor

funksiyasini kamaytirish uchun atropin berish kerak. Umumiy narkozdan ilgari bemorlarga veronal berish tavsiya etiladi. Veronal yurakka yaxshi ta'sir etadi va tez uxlatadi. Bemor operatsiya xonasiga g'ildirakli aravachada keltiriladi.

Narkoz berishni boshlashdan oldin narkoz stolchasida hamma narsa tayyorligini, ya'ni efir (yetarli miqdorda), niqoblar, tomchilovchi idishlar, og'izni kengaytirgich, metall napalchik, kornsang, tog'orachalar, fonendoskop, inyeksiya shprisi, vazelin, shuningdek, teri ostiga yuboriladigan dorilar: kamfora, kofein, adrenalini, strofantin, lobeli borligini tekshirish kerak.

So'nggi yillarda narkoz berish uchun maxsus mukammalroq apparatlar ishlab chiqarilmoqda, bu apparatlarda efir kislorod bilan aralastirib beriladi.

Kislorod-efir narkozi sof efir narkoziga nisbatan quyidagi afzalliklarga ega:

- efir ikki baravar kam yutiladi;
- bemor organizmi kislorodga to'yinadi;
- operatsiyadan keyingi davrda nafas yo'llarining kasalliklari kam uchraydi;
- narkoz bemorni kamroq bezovta qiladi.

Ichki a'zolar (o'pka, yurak, jigar, buyrak)ning og'ir kasalliklarida efir narkozi tavsiya etilmaydi.

Xloretil hidsiz bo'lib, narkoz tez boshlanadi va bug'lari kirishdan to'xtashi bilan narkoz tez yo'qoladi. Xloretilni uzoq muddat ishlatish yaramaydi, chunki nafas markazi falajlanishi va yurak to'xtab qolish ehtimoli bor. Xloretil bilan ingolatsiya qilish uchun oddiy niqob ishlatish mumkin; bunda xloretilli shisha ampula og'zini niqobning doka qavatiga yaqin tutinishiga qarab tutish kerak. Efir narkozi kabi xloretil narkozida ham olovdan ehtiyot bo'lish lozim, chunki xloretil bug'lari oson alanganib ketadi.

Barbituratlar guruhiga oid geksenal va tiopental-natriy, so'nggi yillarda keng rasm boldi. Bu preparatlar, odatda, narkoz bera boshlash uchun, shuningdek, ba'zan asosiy narkoz uchun ham qo'llaniladi. Odatda, venaga yuboriladi, lekin ularni ichirish, to'g'ri ichak orqali va muskullar orasiga yuborish ham mumkin. Zarurat tug'ilganida narkozni to'xtatishning iloji yo'qligi sababli so'nggi usullar keng rasm bo'lmadi.

Geksenal ampulalarda ishlab chiqariladi. Bu achchiq, kristalik oq kukun. Havo tekkanda geksenal tez parchalanadi, shu sababli

eritmasi zaruriyatga qarab tayyorlanishi kerak. Geksenalni tomchilatib yuborish uchun 1% li 200 ml eritmasi tayyorlanishi lozim.

Hozir murakkab jarrohlik operatsiyalarda potentsiallangan narkoz tobora keng qo'llanilmoqda. Bu narkozda og'riq qoldiruvchi turli moddalar neyropleptik va kuraresimon moddalar bilan birga ishlatiladi.

Potentsiallangan narkozda narkoz muddati uzayadi va narkoz chuqurroq bo'ladi, shu sababli shok kelib chiqish xavfi kamayadi.

Gaz narkozining boshqa turlari ham ishlatiladi (azot (I)-oksid N_2O , florotan, siklopropan). Intratraxéal narkozning yuqorida sanab o'tilgan turlarini, odatda, anesteziologiyadan maxsus o'qitilgan shifokorlar berishlari kerak.

Orqa miya anesteziyasi

Bu anesteziya uchun taxminan 14 sm uzunlikdagi mandrenli orqa miya ignasi tayyorlanadi. Orqa miya kanaliga katta operatsiyalar uchun 3 ml, kichik operatsiyalar uchun 2 ml eritma olinadi.

Novokain eritmasi yaxshi yuborilsa, anesteziya deyarli ketmakt boshlanib, 40 minutdan 1 soatgacha davom etadi. Orqa miya anesteziyasida bemor qusishi, boshi qattiq og'rishi, bosh og'rig'i ba'zan juda uzoq davom etishi va yurak faoliyati susayib qolishi mumkin. Yuqorida aytilgan ko'ngilsiz hodisalarning oldini olish uchun "yengil" eritmalar deb nomlanadigan eritmalarini ishlatgan ma'qul (96° li spirtning 10 %li eritmasida tayyorlanadigan 5 %li novokain eritmasi).

Mahalliy anesteziya

Infiltratsion anesteziya bilan regional (soha) anesteziya tafovut qilinadi. Infiltratsion anesteziyada operatsiya qilinadigan joyga anesteziyalovchi moddalarning eritmalarini yuborib, barcha to'qima va a'zolarga shimdiriladi. Regional anesteziyada og'riq qoldiruvchi modda eritmasi tananing muayyan sohasiga boruvchi sezuvchan nervning yaqiniga yoki bag'riga yuboriladi.

Anesteziya moddalaridan novokainning infiltratsion anesteziya uchun 0,5 %li eritmasi, regional anesteziya uchun 1 %li eritmasi va nerv chigallarini og'riq sezmaydigan qilish uchun 2 %li eritmasi ishlatiladi. Anesteziya uzoqroq davom yetishi uchun 10 ml novokain eritmasiga 1:1000 nisbatdagi adrenalín eritmasidan 1—2 tomchi qo'shiladi.

Yeritmalar aseptika sharoitida tayyorlanib, 100°C gacha qizitib sterilizatsiya qilinadi, adrenalín esa bevosita operatsiya oldidan

qoʻshiladi. Tayyorlangan novokain eritmasi steril shisha stakanga agʻdariladi, undan esa shpritsga tortib olinadi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH

Kundalik turmushda va kasalxona sharoitida isituvchi kompress, grelka va muzli xaltadan koʻp foydalaniladi.

Sovuq (muzli xalta) dan foydalanganda xalta tiqinining yaxshi buralishiga va muz erishidan chiqqan suvning choyshabga tushmasligiga eʼtibor berish kerak. Muzli xaltani sochiq yoki salfetkaga oʻrash zarur, chunki temperaturalar farqi boʻlganda xalta terlaydi. Xaltani uzluksiz qoʻyish yaramaydi, chunki u terini muzlatishi, koʻngilsiz oqibatlariga olib kelishi, yaʼni tomirlar falaj boʻlib qolishi mumkin (passiv giperemiya). Muzli xaltani koʻpi bilan bir soat qoʻyib, keyin yarim soatga olib turiladi. Operatsiyadan chiqqan bemorlarga muzli xaltani faqat dastlabki sutkada qoʻyish tavsiya etiladi. Siydik yollarining kasalliklari (sistit, piyelit, nefrit) va ichak kasalligi (kolit) muzli xaltadan foydalanishga monelik qiladi.

Ginekologiya amaliyotida grelkalar ham keng qoʻllaniladi. Yarimoʻtkir yalligianish jarayonlarida, bemorlar koʻp qon yoʻqotganida va operatsiyadan chiqqanida shimiltiruvchi terapiyaning faolroq usullari (elektr lampali vannalar, solluks lampasi va shunga oʻxshashlar)ni buyurishdan oldin bemorni isitish uchun grelka qoʻyiladi. Siydik yoʻllari va ichakning yalligʻlanish kasalliklarida ham grelka buyuriladi.

Jinsiy aʼzolardan qon ketganda, grelka qoʻyish yaramaydi.

Operatsiya qilinish, hali narkozdan uygʻonmagan bemorga grelka qoʻyilsa, bemor qattiq nazorat ostida boʻladi. Grelkaga iliq (50°C) suv quyish kerak, chunki bunday bemorlar badani sezmaydigan boʻlib qolgani uchun, kuyishi mumkin. Qoʻyishdan oldin grelka vinti oxirigacha buralib, sochiq yoki saltetkaga oʻraladi.

Qinni chayish

Suvda erigan dori moddalarini kiritish yoʻli bilan qin shilliq pardasiga yoki bachadon boʻynining qindagi qismiga taʼsir etish kerak boʻlganda qin chayiladi. Qinni chayish uchun 4—6 stakan suv sigʻadigan, 1,5—2 m uzunlikdagi rezina naycha ulangan krujka va shisha yoki plastmassadan yasalgan uchlik tayyorlanadi.

Suyuqlik qin devorlarini birtekis yuvishi uchun bemor yotishi shart.

Qinni chayish texnikasi quyidagicha: krujka va rezina naychani yaxshilab yuvib, rezina naycha uchlikka kiygiziladi.

Oddiy uchlik qaynatilishi, so'ngra qin devorini shikastlamasligi uchun ko'zdan kechirilishi lozim. Qinni chayish uchun tayyorlangan eritma me'yorga keltiriladi.

Kiritiladigan dorilarning xiliga qarab qinni chayish quyidagi turlarga bolinadi:

— antiseptik moddalar bilan chayish — yiring tug'diruvchi bakteriyalar qo'zg'atgan kasalliklarda qo'llaniladi;

— burishtiruvchi moddalar eritmasi bilan chayish;

— ishqoriy (sodali) moddalar eritmasi bilan chayish — yopishqoq shilimshiq chiqindilarni eritib tushirish uchu qo'llaniladi.

Qinni chayish uchun odatda 4—5 stakan (800—1000 suyuqlik olinadi, suyuqlikning oqib chiqish tezligi jo'mrak yordamida rostlanadi.

Qin, odatda, kuniga ikki marta (ertalab va kechqurun chayiladi).

Qinga tampon qo'yish

Har xil yallig'lanish kasalliklari (endometritlar, metritlar bachadon ortiqlarining kasalliklari, bachadon bo'ynidagi eroziyalar)da bachadonni tamponlar bilan davolash mumkin. Odatda, sintomitsin, streptotsid, Vishnevskiy malhami, chakanda mazi va boshqa dori moddali tamponlar ishlatiladi. Tamponlar paxtadan, 4x4 sm o'lchamli dokadan tayyorlanadi. Dokaning bir uchi 10 sm uzunlikda qoldiriladi.

Tampon kiritishdan oldin bachadon bo'ynini ko'zgul yordamida ochib, qinni shilimshiq va ajralmadan tozalashi tamponni uzun pinset bilan ushlab, tashqi teshikka taqashi yoki orqa gumbazga kiritish kerak. Tamponga bog'langan ipning uchlari tashqarida qoldiriladi. Tamponni bemorning o'zi 12 soatdan keyin ipidan tortib chiqaradi, so'ngra qinni soda yoki osh tuzi qo'shilgan iliq suv bilan chayadi. Qinning shilliq pardasi qattiq ta'sirlanmasligi uchun tamponlar, odatda, kunora qo'yiladi. Ba'zan kasallangan a'zoni tinch qo'yish maqsadida, shuningdek, qon aylanishi va limfa aylanishi uchun sharoit tug'dirish maqsadida bachadon naylari va tuxumdonlarning surunkali kasalliklarida, shuningdek, bu a'zolar pastga tushib qolganda ham uzun tamponlar qo'yiladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA PARVARISH

Qorin devori operatsiyasi tugagach, qorin devorining jarohati tikilgandan keyin ustiga bir necha steril doka salftokadan boylam yopiladi, uning ustidan enlik paxta qo'yiladi, bularning hammasi doka yoki maxsus bint bilan bog'lanadi. Bu bintning uchlariga bog'ichlar qilingan bo'ladi.

Qin operatsiyalarida ba'zan qin steril doka bilan zichlashtirmay tamponada qilinadi. Tamponada, odatda, bir sutkadan keyin olinadi. Qin operatsiyasida qin jips choklanmaydigan va drenajning doka tasmasi qorin bo'shlig'iga tiqib qo'yiladigan bo'lsa, odatda tasma 5—6-kuni olib tashlanadi. Boylam qo'yilgandan keyin bemor operatsiya stolidan avaylab olinib, nosilkaga yoki aravachaga yotqiziladi, choy-shabga yaxshilab o'rab palataga olib kelinadi. Palatada bemor yaxshi isitilgan o'ringa yotqiziladi. O'rinni elektr lampalar yordamida nur vannalari, rezina grelkalar yoki issiq suv to'ldirilgan butilkalar bilan isitish mumkin.

Ingalatsion narkozdan keyin bemor o'ringa yostiqsiz gorizontol holatda yotqiziladi; orqa miya anesteziyasidan keyin bemorning boshiga yostiq qo'yiladi. Orqa miya anesteziyasida novokainning spirtli eritmasi ishlatilgan bo'lsa, bemor boshiga yostiq qo'ymay, krovatning oyoq tomonini ko'tarib yotqiziladi. Bemorning oyoqlariga metall yoki rezina grelkalar choyshab ustidan qo'yiladi.

Og'riqni qoldirish uchun qorin sohasiga muz to'ldirilgan rezina xalta qo'ygan ma'qul. Muzli xalta har 1—2 soatda almashtirilishi kerak. Muzli xaltani bir soatdan uzoq ushlab yaramaydi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki vaqtda hamshira bemor krovati yonida o'tirishi, bemorning tomir urishini, nafas olishini va yuzining rangini kuzatib turishi lozim.

Operatsiyadan keyingi og'riqlarni bartaraf qilish birinchi navbatdagi vazifadir. Bemorlar azob tortmasliklari uchun teri ostiga morfin (1% li eritmasidan 1 ml) yoki pantopon yuborish tavsiya etiladi.

Bemor qattiq chanqasa, og'zini ho'llash va chayish uchun qaynatilgan sovuq suv oz-ozdan beriladi; bemor suvni tuflab tashlashi kerak. Operatsiya qilingan kuni kechga yaqin yoki ertasiga ertalab bemorga oz-ozdan choy yoki qora kofe berish mumkin.

Operatsiya qilingan bemorlar ko'pincha uyqudan qoladilar. Uyqusizlik sabablari: og'riq, noqulay yotish, chanqov, koridor

yoki qo'shni palatalardagi shovqin, ruhiyatning qo'zg'alishi va shunga o'xshashlar. Bu maqsadda uxlatadigan dorilar buyuriladi.

Operatsiyadan keyin og'iz bo'shlig'iga qarab turish kerak, chunki ba'zi kasalliklar (masalan, stomatit, parotit) og'iz bo'shlig'idan boshlanadi. Ertalab va kechqurun bemorning tishlarini tozalab, og'zini chayish zarur. Zarurat bo'lsa, og'iz dezinfeksiyalovchi moddalar eritmasi bilan chayiladi.

Teridagi choklar 6—8-kuni olinadi. Bemor bir kun oldin kechqurun surgı dori ichadi, chok olinadigan kuni ertalab ichi kelmagan bo'lsa, tozalovchi huqna qilinadi. Chok olingach, jarohatga yod nastoykasi surtib, yana doka boylam yopishtiriladi. Qin operatsiyalarida ketgutdan chok solingan bo'lsa, bu chok ko'pincha olinmaydi, chunki ketgut chok so'rilib ketadi. Oraliq terisidagi ipak choklar 6-kuni olinishi kerak. Oraliq operatsiyasidan keyin jarohatni mumkin qadar quruq tutish kerak, bu maqsadda yuvinish va siyishdan keyin chokka steril doka yopish zarur.

Bemorlarni ehtiyot bo'lib ovqatlantirish zarur: operatsiyadan keyin 2-kuni bemorga choy yoki kofe ichiriladi, 3-kuni bulyon, kisel beriladi, 5-kundan boshlab sekin-asta odatdagi ovqatlar berila boshlanadi.

Chok olinganidan keyin bemorning krovatda o'tirishiga, ertasi kuni esa o'rnidan turishiga ruxsat beriladi. Qorin devorini ochish laporotomiya operatsiyasidan keyingi davr normal o'tgan taqdirda bemor 12—14-kuni uyiga jo'natiladi. Qorin devorini ochib operatsiya qilingan bemorlarning yarasi bitib, jarohat bitguncha 3—5 oy davomida bandaj tutib yurish tavsiya etiladi. Bandajni faqat ish vaqtida tutib yurish kerak, chunki doim bandaj tutib yurish qorin devorining muskullarini bo'shashtirib, atrofiyaga sabab bo'ladi.

YURAK VA NAFAS FAOLIYATINI KUZATISH

Operatsiyadan keyingi davrda bemorning tomir urishiga (pulsiga) qarab turish ayniqsa muhimdir, chunki anormal o'zgarishlar dastlabki kunlarda pulsning o'zgarishiga qarab aniqlanadi. Bemor narkozdan uyg'onganida, qusaman deb harakat qilganida, operatsiyadan keyin bezovtalanganida tomiri birmuncha tez uradi. Operatsiyadan keyingi davr normal o'tganda yurak faoliyati tez orada asliga keladi: tomirning to'lishishi va urish tezligi operatsiyadan ilgari pulsidan ozgina farq qiladi. Tegishli sabablarsiz tomirning

minutiga 100 martadan ortiq urishi ichdan qon ketayotganligini yoki yurak zaifligini ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi davrda pulsning tezlashuviga infeksiya, ichakning falajlik holati, ayni vaqtda ichning dam bo'lishi va ichak tutilishi (invaginatsiya) sabab bo'lishi mumkin.

Operatsiya tamom bo'lgach, temperatura, odatda, operatsiyadan ilgari davrga nisbatan birmuncha pastroq bo'ladi, biroq kechga yaqin ko'tarilib, 37,5°C ga yetishi mumkin.

Temperaturaning kechqurun ko'tarilishi bilan ertalab pasayishi o'rtasida 1°C va undan ortiq tafovut bo'lsa, bu ko'pincha jarohatning yiringlaganini ko'rsatadi.

Ayni vaqtda bemor ba'zan junjib turadi. Buning sababi, organizmga infeksiyaning tushishi natijasida intoksikatsiya ro'y beradi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorning nafas olishiga ham qarab turish kerak. Operatsiyadan keyin nafas olish, odatda, normal bo'ladi, nafas olishning har qanday tezlashishi o'pka funksiyasining o'zgarganligini ko'rsatadi. Operatsiya qilinganidan keyin ko'pincha bemor nafas olayotganda operatsiya jarohati og'rib turishi sababli yuza nafas olishga harakat qiladi va shu bilan o'pka ventilatsiyasi uchun noqulay sharoit tug'diradi. Bunday bemorning boshi tagiga maxsus taglik qo'yib, qaddini ko'tarish va shu tariqa, nafas olishini osonlashtirish kerak.

BEMORNING SIYDIK CHIQARISH VA ICHAKLARI FUNKSIYASINI KUZATISH

Oraliq, jinsiy a'zolar, to'g'ri ichak operatsiyalaridan, shuningdek, qovuqni ko'chirish bilan bog'liq operatsiyalardan keyin aksari siydik ushlanib qoladi. Siydik uzoq vaqt ushlanib qolsa, sistit (qovuqning yallig'lanishi) yoki piyelit (buyrak jomlarining yallig'lanishi) kabi ko'ngilsiz hodisalar ro'y berishi mumkin.

Bemor uzoq vaqt siya olmaganda kateter solishdan ilgari bemorni o'zicha siyishga undash lozim. Bemor o'zicha siya olmasa, qovuq yoki oraliq sohasiga grelka qo'yish yoki borat kislotaning iliq eritmasiga paxta ho'llab, jinsiy a'zolariga bosgan ma'qul.

Yuqorida qayd etilgan tadbirlarning hech qaysisi natija bermasa, barcha aseptika qoidalariga rioya qilib, kateter solishga to'g'ri keladi.

Kateterizatsiya usuli uzoq vaqt qo'llanilganda uni muayyan soatlarda, sutkasiga ko'pi bilan 2—3 mahal qilish kerak. Bunday hollarda bemor siydik yo'llariga dezeritmalar buyurgan ma'qul.

Ichak faoliyatini kuzatish

Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda ich yurishiga qarab turish zarur. Operatsiyadan keyingi davrda ko'pincha ichakda gazlar to'planib qolib ich dam bo'ladi.

Aksari ginekologik operatsiyalarda ichak bevosita shikastlanmagan uchun operatsiyadan keyingi davr aseptika sharoitida o'tganda ichak peristaltikasi, odatda, ikkinchi kuni asliga kelib, yel chiqib keta boshlaydi. Bordi-yu, ikkinchi sutka boshlanguncha ham ichak peristaltikasi asliga kelmay, parez kuchayaversa, bu kasallikka qarshi kurashish zarur, chunki ichak parezi bemorlarning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi. Yel ushlanib qolgan ichak qovuzloqlari qorinni shishirib, diafragmani yuqoriga surib, bemorning qattiq halloslashiga, bo'g'ilib qolishiga sabab bo'ladi.

Ich dam bo'lishi (meteorizm)ga barham berishdan oldin uning sababini mumkin qadar aniqroq bilish kerak. Ichakda gazlarning ushlanib qolishi: ichak atoniyasiga; to'g'ri ichak sfinkterining spazmiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Ichak atoniyasida qorinni auskultatsiya qilish hech narsa yo'qdek taassurot beradi. Ozg'in ayollarning ichak peristaltikasi yupqa qorin devori orqali sezilmaydi; qorinda sanchiqsimon og'riq turishini bemor odatda his qilmaydi.

To'g'ri ichak sfinkterining spazmida butunlay boshqacha manzarani ko'ramiz. Yuqorida qayd etilgan belgilarga qarab, bemorga birdan davo buyuriladi. To'g'ri ichak sfinkterining spazmida gaz chiqishiga to'sqinlikni yengish uchun to'g'ri ichakka trubka qo'yish tavsiya etiladi. Shu maqsadda to'g'ri ichakka uzunligi 15 sm keladigan naycha kiritiladi, bu naychani uchi to'g'ri ichak ampulasiga kirib turadigan bo'lishi kerak. To'g'ri ichak sfinkterining spazmi ko'pincha og'riq refleksining oqibati bo'lgani uchun ba'zan narkotik moddalar (morfinli shamchalar) buyurish yaxshi samara beradi.

Ichak atoniyasida moychechak (romashka) yoki soda eritmasi (0,5%) dan iliq sifonli huqnalar, glitserinli huqnalar (1 stakan suvga 15 ml glitserin), gipertonik huqnalar (1 stakan suvga 1 osh qoshiq osh tuzi) qilish, qoringa grelka qo'yib yoki ba'zan shifokorlar tavsiyasiga ko'ra, yorug'lik vannalari qilib, qorinni isitish

maslahat beriladi. Bu tadbirlar ham ichak peristaltikasining tiklanishiga yordam beradi.

Dorilardan pituitrin R (1 ampula) teri ostiga yuborish mumkin, baʼzan atropin sulfat (kuniga ikki mahal) teri ostiga yuboriladi. Qayd etilgan tadbirlar foyda bermasa va tegishli belgilar borligi sababli ichakda mexanik toʻsiq (ileus) paydo boʻlgan yoki peritonit kelib chiqqan deb gumon qilinsa, qorin devorini ochib (relapartomiya) operatsiya qilish bemorni oʻlimdan saqlab qolishning birdan bir chorasi hisoblanadi.

Yotoq yaralarining oldini olish

Uzoq yotib qolgan va ozib ketgan bemorlar operatsiya qilingandan keyin dumgʻazasida va bosilib qoladigan boshqa joylarda yotoq yaralar paydo boʻlishi mumkin. Teri avvaliga qizaradi, keyin badanning shu joyi koʻkaradi va hatto qorayadi, nihoyat, badanning irigan qismi koʻchib tushib, yara paydo boʻladi. Toʻqimalarning ezilishigina emas, terining siydik, suyuqliklar bilan hoʻllanishi (bemorning tagini tozalaganda), bemorning tagini tozalagandan keyin badanini yaxshi artmaslik ham yotoq yaralar kelib chiqishiga sabab boʻladi.

Bu koʻngilsiz hodisaning oldini olish uchun toʻqimalarning ezilishini rezina doiralar, valiklar yordamida kamaytirish, bemorning badanini ham, oʻrin-boshini ham quruq tutish, bemorning vaziyatini tez-tez oʻzgartirib turish kerak. Badanning qizargan joyini kuniga 2—3 mahal kamfora spirti bilan artish kerak. Yaralar paydo boʻlgan boʻlsa, chetlari spirt bilan artiladi, yara quritiladi va unga kseroformli yoki ruxli maz qoʻyib bogʻlanadi. Bunday bemorga vitaminlarga boy ovqatlar berish lozim.

XXXIII BOB. TUG‘ISH YOSHIDAGI AYOLLAR SOG‘LIG‘INI MUHOFAZA QILISH

KONTRASEPSIYANING ZAMONAVIY USULLARI

Onalar va bolalar sog‘lig‘ini mustahkamlash masalasi, ayniqsa, tug‘ish yoshidagi ayollar sog‘lig‘ini muhofaza qilish hukumati-mizning asosiy diqqat markazida bo‘lib kelmoqda.

Respublikada ona va bola salomatligini muhofaza qilish ishlarini yanada takomillashtirish maqsadida qabul qilingan PQ-1096-sonli va «2009–2013 yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va ma‘naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to‘g‘risida»gi PQ-1144-sonli qarorlarning qabul qilinishi buni yaqqol ko‘rsatmoqda.

Keyingi qarorda 2009–2013-yilda respublika aholisining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va ma‘naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi ishlab chiqildi.

Dasturda O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining Qarorida ko‘zda tutilgan barcha sohalarda amalga oshirilishi lozim bo‘lgan ishlar 2009–2013-yillar davomida mutasaddi tashkilotlarga taqsimlanib, tegishli vazifalar belgilandi.

Bu vazifalar quyidagilardan iborat:

I. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog‘lom bola tug‘ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

1) tug‘ish yoshidagi, ayniqsa olis va yetib borish qiyin bo‘lgan tumanlarda ayollarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish;

– o‘smir qizlarni majburiy profilaktik tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilishini tizimli asosda olib borishni kengaytirish va sifatini oshirish.

2) Nikohdan o‘tuvchi shaxslarni nikohdan oldingi tibbiy ko‘rik bilan to‘liq qamrab olish va aniqlangan bemorlarni davolash.

3) Ayniqsa ekstragenital kasalliklar bilan “D” nazoratida turgan, 35 yoshdan oshgan, tug‘ruq intervali 3 yildan kam bo‘lgan

fertil yoshdagi ayollarni kontraseptiv vositalarning zamonaviy turlari bilan qamrab olish.

4) Homilador ayollarga birlamchi sogʻliqni saqlash boʻgʻini mutaxassislari tomonidan antenatal yordam koʻrsatishni takomillashtirish.

5) Sogʻliqni saqlashning barcha birlamchi boʻgʻin muassasalarida tibbiy yordam koʻrsatishning zamonaviy ilgʻor texnologiyalarni joriy etish, tugʻruqqa yordam koʻrsatish va bolalikni himoya qilish chora-tadbirlarini quyidagi dasturlarni bajarish orqali amalga oshirish:

- reproduktiv salomatlikni saqlash;
- samarali perinatal yordam koʻrsatish;
- yangi tugʻilgan chaqaloqlarni birlamchi jonlantirish va parvarish qilish;
- emizishni targʻib qilish;
- bolalar yoshidagi kasalliklarni integratsiyalashgan tartibda kuzatish;
- bolalarni oʻsishi va rivojlanishini monitoring qilish, oilaviy taʼlim va boshqalar.

II. Tugʻruqqa yordam koʻrsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam koʻrsatuvchi sogʻliqni saqlash birlamchi boʻgʻini muassasalarining moddiy texnika bazasini yanada mustahkamlash.

III. Aholi oʻrtasida sogʻlom bolalar tugʻilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sogʻlom va ahil oila qurishga, sogʻlom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish boʻyicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

1. Sogʻlom oilani shakllantirish, sogʻlom farzandlarni dunyoga keltirish va tarbiyalash masalalari boʻyicha tibbiyot institutlari va ilmiy tekshirish institutlari mutaxassislari tomonidan tushuntirish ishlarini olib borish.

2. Mahallalarda, taʼlim muassasalarida, shuningdek, tashkilotlarda quyidagilarni:

- nikohdan oʻtuvchi shaxslarni majburiy tibbiy tekshiruvdan oʻtkazish yoʻli bilan sogʻlom oila qurish;
- tugʻruq orasidagi muddatni uzaytirish, sogʻlom farzandlar koʻrish uchun maqbul yoshga rioya etish;
- istalmagan homiladorlik va yaqin qarindoshlar oʻrtasidagi nikoh profilaktikasini shakllantirish borasida aholi oʻrtasida tushuntirish ishlarini kengaytirish.

3. Respublikaning barcha tug‘ruq muassasalarida yosh onalarni “Ilk yoshdagi bolalarni parvarishlash asoslari”ga o‘rgatish.

4. Umumta‘lim maktablari uchun “Sog‘lom turmush tarzi” va akademik litseylar, kasb-hunar kollejlari o‘quvchilari hamda oliy ta‘lim muassasalari talabalari uchun “Sog‘lom avlod asoslari va oila” kurslarining yangilangan dasturini ishlab chiqish.

5. Aholining keng qatlamlari uchun sog‘lom turmush tarzi, oqilona ovqatlanish, reproduktiv salomatlik, sog‘lom oilani shakllantirish masalalari bo‘yicha “Bexatar onalik”, “Sog‘lom oilani shakllantirish”, “Sog‘lom turmush tarzi asoslari” mavzularida bukletlar, plakatlar, broshuralar, eslatma va videoroliklar ishlab chiqish hamda tarqatish.

IV. Bolalar va o‘smirlarni jismoniy jihatdan bekam-ko‘st hamda uyg‘un kamol toptirish, jismonan baquvvat va ma‘nan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

1. O‘smirlar va yoshlar o‘rtasida sog‘lom turmush tarzini olib borish dasturlarini ishlab chiqish va tasdiqlash.

2. Maktabgacha tarbiya va umumiy ta‘lim muassasalarida bolalarning to‘g‘ri kamol topishi hamda jismoniy yetilishi ustidan monitoring olib borish.

3. Kichik maktab yoshidagi bolalar uchun “Jozibador tabassum”, o‘smir qizlar uchun “Balog‘at davri” o‘quv-sog‘lomlash-tirish ishlarini amalga oshirish.

4. Bolalar va o‘smirlarni faol jismoniy faoliyatga jalb qilish, shuningdek, ularni sport, turistik seksiya va to‘garaklarga qiziqtirish.

V. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat ko‘rsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash.

Bachadon ichi vositalari (BIV). BIV – bu kichik plastik yoki metall tizilma bo‘lib, bachadon ichiga kiritiladi. BIV spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi va urug‘lanishga yo‘l qo‘ymaydi. Hozirgi paytda BIVning ko‘p turlari mavjud: eng ko‘p tarqalgan turidan biri tarkibida mis, kumush yoki sun‘iy progesterin garmoni bo‘lgan modellardir. BIV – homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli. BIV – xotin-qizlar maslahatxonalari, qishloq vrachlik punktlari (QVP) sharoitida maxsus tayyorgarlik ko‘rgan mutaxassislar (vrach akusher-ginekolog yoki akusherka) tomonidan qo‘yiladi. Bu og‘riqsizlantirishni talab qilmaydigan oddiy muolaja hisoblanadi.

Bachadon ichiga to'g'ri kiritilgan BIV xavfsiz va noqulaylik keltirib chiqarmaydi. BIVni hayz ko'rish siklining istalgan kunida ayol homilador emasligiga, boshqa biror xil moneliklar yo'qligiga ishonchi hosil qilinsa, kiritish mumkin. BIVning turiga qarab 12 yilgacha foydalanish mumkin. Istalgan paytda ayol xohishi bilan oldirib tashlashi mumkin. BIVni bittadan ortiq kishi bilan jinsiy aloqada bo'ladigan ayollarda qo'llash tavsiya etilmaydi. BIV jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va immun tanqisligi virusidan himoya qila olmaydi.

Kontrasepsiyadan foydalanilayotgan barcha ayollar har yili tibbiy ko'rikdan o'tib turishi lozim. Ba'zi ayollar BIV bepushtlikka sabab bo'ladi, deb o'ylaydilar. Bu fikr to'g'ri emas: BIVni olib tashlagandan keyin ayolning tug'ish qobiliyati tezda tiklanadi. Agar ayolda kichik chanoq a'zolarining davolanmagan yallig'lanish kasalligi bo'lsa, unda BIV ishlatish, ishlatmasligidan qat'i nazar bepushtlik bo'lishi mumkin.

Kombinatsiyali oral kontraseptivlar (KOK). Kombinatsiyalanagan oral kontraseptivlar tarkibida ayol organizmida ishlab chiqiladigan gormonlar bo'ladi. Ularni to'g'ri qabul qilsa, bu gormonlar ovulatsiyani bostiradi va homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Tabletkalar juda samarali va xavfsiz, undan uzoq yillar davomida foydalanish mumkin. Hozirgi paytda tabletkada gormonlar miqdori juda oz, bu esa noxush ta'sirni kamaytiradi.

KOK paketida 21 va 28 tabletka bo'ladi. Agar 21 talik paketdan foydalanilsa, ikkinchi paketdagi tabletkani ichishdan oldin bir hafta tanaffus qilish kerak. Agar 28 talik paketdan foydalanilsa, tanaffus qilish shart emas, birinchisi tugashi bilan ikkinchisini boshlashi mumkin. KOKni qabul qilayotgan ba'zi ayollarda boshida ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, kamroq semirish, sut bezlari taranglashuvi va og'riq kuzatilishi mumkin, lekin bu belgilar odatda 3 oy ichida o'tib ketadi. Homiladorlikdan saqlovchi tabletkalarni har kimga ham tavsiya etib bo'lmaydi. Agar ayol 35 yoshdan oshgan, qon bosimi baland bo'lsa, cheksa, og'ir yurak qon-tomir yoki jigar kasalligi, migren bo'lsa, KOK tavsiya etilmaydi. Agar ayol bola emizayotgan bo'lsa, qaysi turdagi kontraseptiv tabletkalardan foydalanish yaxshiroq va uni qachon boshlash kerakligi haqida avval vrach bilan maslahatlashib olish lozim. Ba'zi ayollar kontrasepsiv tabletkalar bepushtlikka olib keladi degan fikrdalar. Bu to'g'ri emas: siz tabletkani ichishni to'xtatishingiz bilan homila-

dor bo‘lish qobiliyati o‘z holatiga qaytadi. Boshqa ayollar gormonal tabletkalar badanda junlarning o‘shini tezlashtiradi, deb hisoblaydilar. Bu ham noto‘g‘ri: aksincha, ba‘zi kam dozali gormonal tabletkalardan badandagi junlar o‘shini susaytirish maqsadida foydalaniladi. Gormonal kontraseptiv tabletkalardan Rigevidon, Anteovin, Ovidon, Marvelon, Mikrogenon va boshqalar qo‘llaniladi.

Prezervativlar keng tarqalgan kontraseptiv vositalardan biri hisoblanadi, chunki u jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar va orttirilgan immun tanqisligi virusi (OIV) ning yuqish xavfini kamaytiradi. Prezervativlar spermaning qinga tushishiga yo‘l qo‘ymaydi. Shu sababli nafaqat homiladorlik, balki jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklardan ham saqlaydi. Prezervativlar lateksdan tayyorlanadi, ular turli xil rang va o‘lchamlarda lyubrikantli, lyubrikantsiz bo‘ladi. Lyubrikant tarkibida spermitsidlar bo‘lishi ham mumkin, ular spermatozoidlarni o‘ldiradi. Prezervativlar xavfsiz va hech qanday nojo‘ya ta‘sir ko‘rsatmaydi. Agar to‘g‘ri ishlatilsa, prezervativlar homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli hisoblanadi. Prezervativning qutisidagi yaroqlilik muddati tekshirilib, faqat bir marotaba ishlatish lozim. Muddati o‘tgan prezervativni ishlatish yaramaydi, shuningdek paketi ifloslangan, yog‘li yoki yirtilgan bo‘lsa ham ishlatilmaydi. Jinsiy aloqa vaqtida tarkibida yog‘ bo‘lgan surtmalar (vazelin) ishlatish mumkin emas, chunki ular lateksni ishdan chiqarib, prezervativ samaradorligini yo‘qotadi. Prezervativni ishlatishdan oldin uning qadog‘ini sekin-asta oching, uni yirtib yubormang. Kiyishga qadar ochmaslik muhim ahamiyatga ega. Jinsiy olat taranglashgan paytda prezervativni uning uchiga kiying, bir qo‘lingiz bilan prezervativdagi sperma to‘plagichdan ushlab, ikkinchi qo‘lda prezervativni ag‘darib, olat tubiga qadar kiydiring. Sperma to‘plagich va olat uchi orasida bo‘shliq qolishini tekshirib ko‘ring. Shaxvatni to‘kib bo‘shashgandan keyin prezervativni qo‘l bilan ushlab turib, olatni qindan chiqarish kerak va hali tarangligida uni yechish lozim. Ba‘zi odamlar bitta prezervativni bir necha bor ishlatish mumkin deb o‘ylashadi. Bu noto‘g‘ri, barcha prezervativlar bir marta ishlatishga yaroqli.

Spermitsidlar. Spermitsidlar — kimyoviy modda bo‘lib, ular spermatozoidlarni bachadon bo‘yni kanaliga yetib bormasdan shikastlaydi. Ular dorixonalarda krem, gel, malham (maz), tabletkalar

yoki aerosol shaklida sotiladi. Barcha turdagi spermitsidlar jinsiy aloqadan oldin qinga kiritiladi. Ba'zi spermitsidlarning 15 daqiqa vaqt ichida ta'sir kuchi boshlanadi. Bir doza spermitsid faqat bir soat davomida samaralidir. Har bir jinsiy aloqadan oldin, albatta, spermitsidning yangi dozasi qo'llanilishi shart, uning jinsiy a'zoning nojo'ya ta'siri kam, ayol va erkaklarda qisman achishi mumkin. Spermitsidlar tarkibida gormonlar bo'lmaydi va kontrasepsiyaning boshqa usullariga qaraganda kam samara beradi. Uning samaradorligini oshirish maqsadida boshqa usullar bilan qo'shib ishlatish (masalan, prezervativ) maqsadga muvofiqdir. Agar ayol bezovta bo'lsa va homiladorlikni istamasa yoki tibbiy ko'rsatmaga binoan homiladorlikka monelik bo'lsa, bunday ayollarga spermitsidlardan ko'ra boshqa kontrasepsiya usullarini qo'llash afzal. Ba'zi ayollar spermitsid qo'llagandan keyin qinni chayish kerak deb o'ylaydilar. Bu noto'g'ri: spermitsidlardan keyin qinni chayish qin normal mikroflorasiga zarar yetkazishi mumkin, bu esa infeksiya tarqalishiga sharoit yaratadi. Siz toza suv bilan tagingizni yuvib olishingiz mumkin, lekin qinni jinsiy aloqadan 8 soat o'tgandan keyin chayish tavsiya etiladi.

Tezkor kontrasepsiya tabletkalari. Tezkor kontrasepsiya tabletkalarini qachon ishlatish mumkin? Qancha vaqt ichida tezkor kontrasepsiya tabletkalari o'z ta'sirini ko'rsatadi? Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – himoyalangan jinsiy aloqada bo'lgan, kontrasepsiya usuli muvaffaqiyatsiz bo'lgan yoki homiladorlikni istamagan ayollar uchun qulay imkoniyat. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – xavfsiz va samarali, lekin uni doimiy ravishda qo'llab bo'lmaydi. Uni dorixonadan vrach retseptisiz olish mumkin. Tabletkadan foydalanishdan oldin vrach bilan maslahatlashish lozim. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari qadog'ida bir (Escapel R) yoki ikki (Pestiner R) dona tabletka bo'ladi. Ularni himoyalangan jinsiy aloqadan keyin dastlabki 120 soat davomida ichilsa ta'siri yaxshi bo'ladi, agar 48 soat ichida ichilsa, yanada samaraliroqdir. Qadoqda 2 ta tabletka bo'lsa tezlik bilan bittasi ichiladi, ikkinchisi esa 12 soat o'tgandan keyin ichiladi. Nojo'ya ta'siri – bosh og'rig'i, qorin og'rig'i, charchoq, ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanish, sut bezlari taranglashuvi, qindan tartibsiz qon kelish shakllarida ko'zga tashlanadi. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIVdan himoyalamaydi. Tezkor kontrasepsiyadan foydalanganda quyidagi

hollarda darhol vrachga murojaat qiling: hayz qoni odatdagidan kamaysa; avvalgi hayz ko'rishdan keyin 4 hafta o'tishi bilan hayz qoni kelmasa; qorin pastida o'tkir og'riq bo'lsa. Ba'zi ayollar homilador bo'lib qolgan taqdirda ham tezkor kontrasepsiya tabletkalaridan foydalansa samara beradi deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri, agar ayol homilador bo'lib, tuxumhujayra bachadonga payvandlangan bo'lsa, tezkor tabletkalar ta'sir qilmaydi. Tezkor kontrasepsiya ovulatsiyani bosadi va spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi hamda payvandlanishning oldini oladi. Tuxumhujayra payvandlangan bo'lsa, tezkor kontrasepsiya samara bermaydi va bolani tushirmaydi.

Kontrasepsiyaning tabiiy usullari. Hayz siklining davomiyligi qanday hisoblanadi? Hayz siklining qaysi kunlarida homilador bo'lish mumkin? Kontrasepsiyaning tabiiy usullari fertil kunlarni aniqlashga asoslangan. Tabiiy usullarni qo'llashning muvaffaqiyati ayollarning o'z fertil kunlarini aniqlash qobiliyati va erlarining tanlangan usul qoidalariga amal qilishiga bog'liq. Kombinatsion usul eng tarqalgan usullardan hisoblanadi. Ayollar o'zining fertil kunini aniqlash uchun hayz siklining davomiyligini bilishi zarur. Bu birinchi hayzning oxirgi va kelayotgan hayzning birinchi kuni oralig'idagi muddatdir. Agar ayolning hayz sikli 26 kundan kam 32 kundan ko'p bo'lsa, bu usulni qo'llash foyda bermaydi. Ayol hayz siklining faqat ma'lum kunlarida homilador bo'lishi mumkin. Siklning 8–19-kunlari ayollarning homilador bo'lishi mumkin bo'lgan kunlardir. Agar ayol homilador bo'lishni istamasa, unda ushbu 12 kun davomida spermitsidlar yoki prezervativlardan foydalanish yoki butunlay jinsiy aloqadan voz kechishga to'g'ri keladi. Boshqa kunlar, ya'ni 8 kunga qadar va 19 kundan keyin homilador bo'lish xavfi juda kamayadi. Agar ayol yaqinda abort qildirgan yoki bola tashlagan bo'lsa, kelgusi hayz sikliga qadar kalendar usulidan foydalanmagani ma'qul. Agar ayol yaqinda tuqqan yoki bolani emizayotgan bo'lsa, to 3 marotaba normal hayz sikli qaytarilmaguncha kalendar usulidan foydalanishi mumkin emas. Ba'zi kishilar hayz siklining o'rtasida faqat 1–2 kunlar fertil kuni, shu kunlari homiladorlikdan saqlanish yetadi, deb hisoblashadi. Bu xato: ayollarda hayz sikli davomida 12 kungacha fertil kuni bo'ladi.

Laktatsion amenoreya usuli. Ayollarga chilla davrida kontrasepsiyaning qaysi usuli ma'qul hisoblanadi? Laktatsion amenoreya usuli nima ekanligini bilasizmi? Laktatsion amenoreya usuli

(LAU) – bu kontrasepsiyaning tabiiy usulidir. Laktasion amenoreya atamasi lotin tilida – bolani emizish davrida fiziologik nuqtayi nazardan hayz siklining bo‘lmasligi degan ma’noni anglatadi. LAU ilmiy isbotlarga asoslangan, agar ayol bolani faqat ko‘krakdan emizsa, homilador bo‘lmaydi. Faqat ko‘krakdan emizish deganda, bola o‘z talabiga ko‘ra kunduz kuni ham, kechasi ham ona sutini emadi, biror xil qo‘shimcha ovqat hattoki suv ham berilmaydi. LAU quyidagi 3 ta mezonga amal qilgandagina butun laktatsiya davrida kontraseptiv himoya vazifasini bajara oladi. Agar ayol bolani faqat ko‘krakdan emizsa, kamida 8 marotaba, bunga tungi emizish ham kiradi va hech qanday qo‘shimcha ovqat, hattoki suv ham bermasa, tug‘ruqdan keyin biror marta ham hayz ko‘rmaydi. Shu tarzda kamida 6 oy, iloji boricha 2 yil davomida bolani emizish tavsiya etiladi. LAU ona va bola uchun juda ko‘p qulayliklarga ega. Kontraseptiv usul sifatida 98% ko‘proq samara beradi. Tug‘ruqdan keyingi 6 oy ichida homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Ona va bola jismonan va ruhan bir-biri bilan aloqada bo‘lishiga imkoniyat yaratadi. Tug‘ruqdan keyin darhol foydalanish mumkin. Moddiy jihatdan chiqim, asbob-uskuna va muolaja talab qilmaydi. Nojo‘ya ta’siri, iqtisodiy zarari bo‘lmagan tabiiy usul hisoblanadi. Bu usul ta’sirli bo‘lishi uchun bolani dastlabki talabi bo‘yicha emizish kerak, ya’ni kunduzi ham, kechasi ham, hattoki ayol yoki bola kasal bo‘lgan taqdirda ham emizishni davom ettiraverish kerak. Bola 6 oylik bo‘lgunga qadar hech qanday ovqat, suv va boshqa suyuqliklar berish man etiladi. Agar aytib o‘tilgan 3 ta mezonga amal qilishmasa, kontrasepsiyaning boshqa usulidan foydalanish ma’qul. Ba’zi ayollar uzoq vaqt ko‘krakdan emizsa, homiladorlikdan samarali himoya qiladi deb o‘ylaydi, ammo laktasion amenoreya usuli samarali bo‘lishi uchun yuqorida qayd etilgan mezonlarga amal qilish kerak.

Tug‘ruqdan keyingi kontrasepsiya. Keyingi bolani tug‘ish uchun kamida 3 yil sabr qilish kerak. Bu onaning va bolaning sog‘ligi va umrini saqlaydi, chala va kam vaznli bolalar tug‘ilish xavfini kamaytiradi. Ayollar uchun bolani emizishi yoki emizmasligiga qarab kontrasepsiyaning bir necha usullari mavjud. Tanlangan kontrasepsiya usuli bolani emizishga salbiy ta’sir ko‘rsatmasligi lozim. Tarkibida mis bo‘lgan BIVni tug‘ruqdan 48 soat o‘tgandan keyin bolasini emizish, emizmasligidan qat’i nazar, yoki 4 hafta o‘tgandan keyin xohlagan vaqtda qo‘yish mumkin. Emizikli yoki

emizmayotgan onalar prezervativ yoki spermitsidlardan tugʻruqdan keyin jinsiy hayotni boshlashi bilan foydalanishi mumkin. Bolasini emizmayotgan ayollar kombinatsiyalangan oral kontraseptivlardan tugʻruqdan 3 hafta oʻtgandan keyin foydalanishi tavsiya etiladi. Baʼzi ayollar spermitsidlar tarkibida kimyoviy moddalar boʻlgani uchun bolani emizmaslik kerak, chunki u sutning miqdorini kamaytirib, bolaga zarar yetkazadi deb oʻylashadi. Spermitsidlar tarkibida gormonlar va boshqa kimyoviy moddalar boʻlmaydi, ona sutiga oʻtmaydi. Shuning uchun tugʻruqdan keyin uni bemalol qoʻllash mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Gormonal kontrasepsiyaning qaysi turlarini bilasiz?
2. Kontrasepsiyaning tabiiy usullariga nimalar kiradi?
3. Tezkor kontrasepsiya haqida tushuncha bering.
4. Spermitsidlar qanday qoʻllaniladi?
5. Bachadon ichi vositalari sifatida nima qoʻllaniladi?

V QISM. AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA AMALIY KO‘NIKMA VA MUOLAJALAR

XXXIV BOB. AKUSHERLIKDA AMALIY KO‘NIKMA VA MUOLAJALAR

HOMILADOR AYOLNING TANA VAZNINI ANIQLASH

O‘quvchilar bilishi kerak:

Tibbiy tarozidan foydalanishni.

Tarozida homilador ayol tana vaznini aniqlashni.

Homilador ayolda ro‘y beradigan fiziologik o‘zgarishlarni.

O‘quvchilar bajarishi kerak:

Homilador ayol tana vaznini tibbiy tarozida o‘lchashni.

Kerakli anjomlar:

Tibbiy tarozi, dezinfeksiyalovchi eritma.

Muolajaning bajarilishi:

1. Tibbiy tarozi muvozanatga keltiriladi.
2. Ayolning ustki kiyimlari yechiladi.
3. Ayol tarozi maydonchasining o‘rtasiga zatvorning ko‘tarib qo‘yilgan holatida ehtiyotlik bilan chiqariladi.
4. Ayolni qattiq silkinib ketishdan saqlash lozim.
5. Muvozanat holati yuzaga keltirilgach zatvor pastga tushiriladi.
6. Gavda massasini tarozi pastki va yuqorigi plankalarda yuklar to‘xtagan bo‘linmalarining ikkita soni yig‘indisi bo‘yicha aniqlanadi.
7. O‘lchashdan olingan ma’lumot dinamik varaqaga belgilanadi.

Eslatma: Homiladorlikda ayolning tana vazni ortib boradi, tana vazniga bir haftada 300–400 g dan qo‘shiladi. Butun homiladorlik davrida tana vazniga normada 10–11 kg qo‘shiladi.

DEZINFEKSIYALOVCHI ERITMALARNI TAYYORLASH

O‘quvchilar bilishi kerak:

Xloramin eritmasi ta’sirini (zararli va foydali).

Xloramindan tayyorlangan eritmalarni ishlatish joylarini.

O‘quvchilar bajarishi kerak:

Kerakli narsalarni tayyorlashni.

Xloraminni har xil % li eritmalarini tayyorlashni.

Kerakli anjomlar.

Xloramin kukuni; 10 litrli bak; tarozi; menzurka.

Dezeritmalarni tayyorlash algoritmi:

0,2 % li xloramin eritmasi – 2 g xloramin + 1 l suvga;

0,3 % li xloramin eritmasi – 3 g xloramin + 1 l suvga;

2 % li xloramin eritmasi – 20 g xloramin + 980 ml suvga;

3 % li xloramin eritmasi – 30 g xloramin + 970 ml suvga;

5 % li xloramin eritmasi – 50 g xloramin + 950 ml suvga

qo‘shiladi.

Eslatma: Xloramin kukuni tarkibida 24–28 % gacha faol xlor bo‘ladi. Xloramin eritmaları bevosita ishlatishdan oldin tayyorlanadi. Idishlarga eritma foizi va tayyorlangan vaqti yozib qo‘yiladi.

Xloramin eritmasini tayyorlash formulasi

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{\% \text{ Konsentrat}}{\% \text{ Eritma}} \right]$$

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{5,0\%}{5,0\%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9$$

Xloramin eritmasini quruq kukundan tayyorlash formulasi

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{\% \text{ Eritma}}{\% \text{ Konsentrat}} \right] \times 1000$$

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{\% \text{ Eritma}}{\% \text{ Konsentrat}} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ gramm/litr}$$

QO‘LGA ANTISEPTIIK ISHLOV BERISH TEXNIKASI

1. Yetarli miqdorda antiseptik vosita kaftga to‘kiladi (taxminan bir choy qoshiq miqdorida).

2. Suyuqlik qo‘lga yaxshilab ishqalanadi, asosan, barmoqlarning orasi va tirnoq ostiga, suyuqlik quriguncha davom ettiriladi.

Antiseptik ishlov samarali bo‘lishi uchun antiseptik vositani yetarli miqdorda ishlatish kerak.

Antiseptik vositalar qoʻldagi kir-chirlarni va biologik suyuqliklar tekkan boʻlsa, ularni yoʻqotmaganligi sababli, qoʻlni avval toza suv va sovun bilan yuvish kerak. Qoʻlga ishlov berishda qoʻllaniladigan samarali antiseptik eritmani tayyorlash ancha oson va qimmat emas.

Qoʻlga ishlov berishda qoʻllaniladigan, asosida spirt boʻlgan antiseptik eritmani tayyorlash

Qoʻl terisini taʼsirlaydigan antiseptik eritma quyidagi yumshatuvchi moddalardan birini qoʻyish yoʻli bilan tayyorlash mumkin: glitserin, propilengikol yoki sorbit.

2 ml yumshatuvchi moddaga 100 ml 60–90 % etil spirti yoki izopropil spirt qoʻshiladi.

Antiseptik ishlov berish uchun 5 ml (taxminan bir choy qoshiq) eritmadan foydalaniladi va toza quriguncha (10–15 sekund) ishqalanadi.

Qoʻlni mukammal yuvishning bosqichlari

1. Qoʻl yaxshilab hoʻllanadi.
2. Sovun bilan sovunlanadi, antiseptik vosita shart emas.
3. Qoʻlning hamma qismlari, ayniqsa, barmoqlarning orasi, tirnoqlarning tagi yaxshilab, 10–15 sekund davomida ishqalanadi.
4. Qoʻl yaxshilab chayiladi.
5. Qoʻlni qogʻoz salfetka bilan quritiladi va kranni yopish uchun oʻsha salfetkadan foydalaniladi.

Qoʻllar antiseptikasini quyidagi hollarda oʻtkazish kerak:

- kasalliklarga beriluvchan mijozlarni tekshirish yoki parvarishlashdan avval, masalan, chala tugʻilgan chaqaloqlar, keksa bemorlar, OITS bilan kasallangan bemorlar;
- invaziv muolajalarni bajarishdan oldin;
- kontakt yoʻli bilan yuqadigan kasalliklar, masalan, gepatit A, B va boshqa bilan kasallangan bemorlar yotgan palatadan chiqqandan soʻng.

TOZALOVCHI HUQNA QILISH

Oʻquvchi bilishi kerak:

1. Huqna qilish mumkin boʻlgan va boʻlmagan holatlarni.

2. Huqna uchun ishlatiladigan narsalarni yuqumsizlantirishni.

O‘quvchi bajarishi kerak:

1. Kerakli narsalarni tayyorlash.
2. Uchlikni to‘g‘ri ichakka to‘g‘ri kiritish.
3. Bemorni to‘g‘ri yotqizish.

Kerakli asbob-anjomlar:

Esmarx krujkasi, rezina naycha bilan jo‘mrak, vazelin, uchlik, tog‘ora, iliq, suv, kleyonka, kushetka, termometr.

Muolajaning bajarilishi:

1. Kerakli narsalarni tayyorlab, kushetka yoniga qo‘yiladi.
2. Esmarx krujkasiga iliq suv to‘ldiriladi, suv 1–2 l gacha, 37° C da.
3. Naycha ichida havo qolmasligi uchun uchi pastga qaratilib, Esmarx krujkasi yuqoriga ko‘tariladi.
4. Havo chiqarilgandan so‘ng jo‘mrak bekitiladi.
5. Kushetka ustiga kleyonka to‘shaladi.
6. Bemor kushetka ustiga, chetiga yaqin, chap yonboshi bilan, tizzalarini bukib, qorniga tortib yotqiziladi.
7. Naychaga steril vazelin yupqa qilib surtiladi.
8. Bemorning dumbalari chap qo‘l yordamida keriladi, orqa chiqaruv teshigiga vazelin surtiladi.
9. Uchlik orqa chiqaruv teshigiga 8–10 sm yuqoriga oldinga qaratib, keyin sal orqaga qaratib, aylanma harakat bilan kiritiladi.
10. Jo‘mrak ochiladi.
11. Esmarx krujkasi ko‘tarib turiladi.
12. Krujkada ozgina suv qolganida jo‘mrak yopiladi.
13. Uchlik orqa chiqaruv teshigidan chiqarib olinadi.
14. Bemor bir necha daqiqadan so‘ng hojatxonaga borib, ichaklarni bo‘shatadi.
15. Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yuqumsizlantiriladi.

Eslatma: Ichaklar tozalanmagan bo‘lsa, muolaja bir necha soatdan so‘ng qaytariladi.

SIYDIK PUFAGINI KATETERLASH VA YUVISH

O‘quvchi bilishi kerak:

1. Kateter turlarini.
2. Kateterlash mumkin bo‘lgan va mumkin bo‘lmagan holatlarni.

3. Siydik chiqmagach yordam ko'rsatishni.
4. Kateterni sterillashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Ayolni qulay vaziyatga yotqizish.
2. Ayolni kateterlash.
3. Tashqi jinsiy a'zolari yuvish.
4. Kateterni to'g'ri ushlab.
5. Qovuqni yuvish.

Kerakli asbob-anjomlar:

Rezina yoki metall kateter, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi eritma, Jane shprisi, paxta, tog'ora, iliq suv, vazelin, banka, sterilizator, kornsang.

Muolajaning bajarilishi:

1. Akusherka qo'lini sovunlab iliq suvda cho'tka yordamida yuvadi.
2. Qo'lini spirt yoki yod eritmasida artadi.
3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari iliq suvda sovunlab yuviladi.
4. Tashqi jinsiy a'zo biron bir dezinfeksion eritmada (furatsilin, kaliy permanganat, borat kislotasi eritmasi) artiladi.
5. Ayol tizzalarini bukib, sonlarini kerib, chalqalqancha holda yotadi.
6. Akusherka kateterni olib, uchiga vazelin surtadi.
7. Kateterning uchi pinset bilan, tashqi uchi esa o'ng qo'lining 4–5-barmoqlari bilan ushlab turiladi.
8. Chap qo'lining 2–3-barmoqlari bilan ayolning tashqi jinsiy lablari kerilib, siydik chiqarish teshigi ochiladi.
9. Kateter ehtiyotlik bilan pinset yordamida siydik chiqarish teshigiga kiritiladi.
10. Kateterning tashqi uchidan siydik chiqishi kateterning qovuqda ekanligidan darak beradi.
11. Siydik to'liq chiqib bo'lgandan so'ng, Jane shprisiga dezinfeksiyalovchi eritma olinadi.
12. Jane shprisi kateterning tashqi uchiga ulanadi.
13. Jane shprisidan suyuqlik kateter orqali qovuqqa yuboriladi.
14. Keyin shpris kateterdan olinib, kateter uchi pastga tog'oraga tushiriladi.
15. Bu holat bir necha marta takrorlanadi, ya'ni qovuqdan toza suyuqlik oqib chiqquncha.
16. Kateter asta-sekin tortib olinadi.

17. Bemor 30–60 daqiqa yotishi lozim.

18. Kateter sovunli suvda tozalab yuviladi, qaynatish usulida sterilizatsiyalanadi.

HOMILANING TAXMINIY VAZNINI ANIQLASH

O‘quvchi bilishi kerak:

1. Homilador ayolning bachadon tubi balandligini aniqlashni (BTB)

2. Homilador ayolda qorin aylanasi aniqlashni (QA)

O‘quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayolda qorin aylanasi va bachadon tubi balandligini aniqlash tartib-qoidalarini.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharcha, homiladorlar individual kartasi yoki tug‘ruq tarixi.

Ko‘nikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayol qattiq kushetkaga chalqancha yotqiziladi.

2. Homilador ayol qornining oldingi sohasi yalong‘ochlanadi.

3. Akusherka ayolning o‘ng tomoniga o‘tadi.

4. Santimetrli lentani qo‘liga olib, homilador ayol qornining oldingi yuzasini paypaslaydi va bachadon tubini topadi (qovning yuqori qirrasidan to bachadonning eng burtib chiqqan qismi-gacha), shu masofa santimetrli lenta bilan belgilab olinadi.

5. Homilador ayolda qorin aylanasi aniqlash uchun, ayol belining o‘rtasidan santimetrli lenta o‘tkazilib kindikning ro‘parasida birlashtiriladi, masofa belgilab olinadi.

6. Homila taxminiy vaznini aniqlashning Jordania formulasi:

$$M = BTB \times QA$$

Masalan: BTB (38)sm x QA (100)sm = 38 x 100 = 3800 g.

BTB – bachadon tubining balandligi

QA – qorin aylanasi

M – homilaning massasi

7. Jonson formulasi:

$$M = (BTB - 11) \times 115$$

M – homilaning massasi

BTB – Bachadon tubi balandligi

11 – Jonson bo‘yicha o‘zgarma koeffitsiyent, agar ayolning massasi 90 kg dan ortiq bo‘lsa 12 bo‘ladi.

115 – o‘zgarma koeffitsiyent.

$$M = (BTB - 11) \times 115 = (38 - 11) \times 115 = 27 \times 115 = 3105 \text{ g.}$$

Eslatma: homila taxminiy vaznini aniqlashda ko‘psuvlilik yoki kamsuvlilikda 200, hatto 500 g gacha adashish mumkin.

TEKSHIRISH UCHUN HOMILADOR AYOL QINI, SIYDIK KANALI VA BACHADON BO‘YNI KANALIDAN SURTMA OLIISH

O‘quvchi bilishi kerak:

Surtma olishning mohiyatini.

Surtmani olish ketma-ketligini.

O‘quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayoldan surtma olishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Rezina qo‘lqop, ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki salfetka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko‘zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
2. Akusherka qo‘lini yuvib, rezina qo‘lqop kiyadi.
3. Ginekologik kresloga steril kleyonka yoki bir martalik salfetka to‘shaladi.
4. Homilador ayol beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
5. Tekshirish uchun uretradan, bachadon bo‘yni kanalidan, qinning oldingi yoki asosan orqa gumbazidan surtma olinadi.
6. Uretrani orqa devori o‘ng qo‘lning ko‘rsatkich barmog‘i bilan yuqoridan pastga qarab yengil massaj qilinadi, so‘ngra surtma olinadi.
7. O‘ng qo‘ldagi Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan uretradan surtma olib, chap qo‘ldagi buyum oynachasiga yupqa qilib surtiladi.
8. Qinga qoshiqsimon ko‘zgu kirgiziladi.
9. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo‘yni kanalidan surtma olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
10. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.

11. Ko‘zgular qindan chiqariladi.

12. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo‘llanma yoziladi.

13. Surtma qurigach yo‘llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat’iy e’tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o‘tkazish mumkin emas. Surtma siyishdan oldin olinadi. Normal homiladorlik davrida 2 marta 1- va 2-yarmida qinning tozalik darajasini aniqlash maqsadida surtma olinadi. Surtmani buyum oynachasiga surtish tartibi quyidagicha:

V	U	C	Vagina – qin
			Urethra – siydik kanali
			Servicallis – bachadon bo‘yni kanali

HOMILADOR AYOLLARDA SOLOVYOV INDEKSINI ANIQLASH

O‘quvchi bilishi kerak:

Solovyov indeksini aniqlashning mohiyatini.

Katta chanoqning anatomik tuzilishini.

O‘quvchi bajarishi kerak:

Solovyov indeksini aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharik, spirt.

Ko‘nikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayol o‘tirgan yoki yotgan holatda bilak-kaft bo‘g‘imini yalang‘ochlaydi.

2. Santimetrli lenta qo‘lga olinadi.

3. Santimetrli lenta homilador ayolning bilak-kaft bo‘g‘imi atrofidan aylantirib, mos kelgan masofa belgilab olinadi.

4. Belgilangan raqam homiladorlar individual kartasiga yoki tug‘ruq tarixiga qayd qilinadi.

Eslatma: Solovyov indeksini aniqlash, asosan, suyaklari yo‘g‘on deb gumon qilingan ayollarda o‘tkaziladi. Solovyov indeksi normada 14–16 sm bo‘lishi kerak.

DIAGONAL KONYUGATANI ANIQLASHNI FANTOMDA O'RGANISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Chanoqning tuzilishi va o'lchamlarini.
2. Chin va diagonal konyugatani o'lchashning mohiyatini.
3. Aseptika va antiseptika qoidalriga rioya qilib, qin orqali tekshirish.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Qin orqali ikki qo'llab tekshirish.
2. Chin va diagonal konyugatani o'lchash.

Kerakli asbob-anjomlar:

Ginekologik kreslo, steril kleyonka, rezina qo'lqop, dezinfeksiyalovchi eritmalardan birontasi (rivanol, furatsilin, kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi va boshqalar).

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Tug'uvchi ayol ginekologik kresloga yotqiziladi, jinsiy yoriq va tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvib, artiladi.

2. Akusherka qo'llarini yuvib zararsizlantiradi.

3. Steril rezina qo'lqop kiyadi.

4. Akusherka chap qo'lining bosh va ishora barmoqlari bilan jinsiy yoriqni keradi.

5. O'ng qo'lining ishora va o'rta barmoqlari qinga kirgiziladi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq bukiladi, bu barmoqlar oraliqqa tayanib turadi.

6. Qinga suqilgan barmoq bilan bachadon bo'yni topilib, dumg'aza burni tomonga suriladi.

7. O'rta barmoq uchi dumg'aza burniga qadaladi.

8. Kaft qirrasi simfizning pastki chekkasiga tegib turadi.

9. Chap qo'lining ishora barmog'i o'ng qo'lni simfizning pastki chekkasiga tegib turgan joyini belgilab oladi.

10. Chap qo'lining ishora barmog'ini o'ng qo'lining belgilangan joyidan olmasdan, o'ng qo'l qindan tortib olinadi.

11. O'ng qo'lining o'rta barmog'i uchidan chap qo'lining ishora barmog'i bilan belgilab olingan joygacha bo'lgan masofa tazomer yoki lineyka bilan o'lchanadi.

12. Bu masofa diagonal konyugata bo'lib, u normada 13 sm ga teng.

13. Diagonal konyugata o'lchangach undan 2 sm olib tashlanadi ($13 - 2 = 11$ sm) 11 sm. Bu ko'rsatkich chin konyugata hisoblanadi.

Eslatma:

1. Diagonal konyugatadan olib tashlangan 2 sm simfizning balandligidir.

2. Diagonal konyugatani faqat tugʻruq boshlangach, bachadon boʻyni 2 barmoq enicha ochilgandan soʻng oʻlchab boʻladi.

3. Normada diagonal konyugatani hamma vaqt ham aniqlab boʻlmaydi. Anatomik tor chanoqlarda diagonal konyugatani oʻlchab boʻladi. Demak, qin orqali tekshirishda barmoqlar dumgʻaza burniga yetmasa, chanoq normada hisoblanadi.

MIXAELIS ROMBINI ANIQLASH**Oʻquvchi bilishi kerak:**

1. Chanoq tuzilishini.

2. Mixaelis rombi tuzilishining mohiyatini.

Oʻquvchi bajarishi kerak:

Mixaelis rombini santimetrli lenta bilan oʻlchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharik.

Koʻnikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayolning bel sohasi yalongʻochlanadi.

2. Santimetrli lenta qoʻlga olinib, uning bir uchi Mixaelis rombining yuqori burchagi 5-bel umurtqasining oʻsigʻi ostidagi chuqurchaga (dumgʻaza usti chuqurchasi) qoʻyiladi.

3. Santimetrli lentaning ikkinchi uchini dumgʻaza suyagining uchiga – dumba burmalari boshlangan joyga qoʻyiladi.

4. Ikki yon tomondan yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori oʻsiqlar orasidagi oʻlchamlari oʻlchanadi.

5. Olingan maʼlumot tugʻruq tarixiga yoki homiladorlar individual kartasiga qayd qilinadi.

Eslatma: Mixaelis rombining uzunligi – vertikal oʻlchami 11 sm, eni – gorizontal oʻlchami 10,5 sm boʻlishi kerak.

**TASHQI KONYUGATADAN CHIN
KONYUGATANI ANIQLASH****Oʻquvchilar bilishi kerak:**

Chanoqning tuzilishi va oʻlchamlari.

Tazomer bilan ishlashni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Tashqi konyugatani o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tazomer, kushetka.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Katta chanoqning ko'ndalang o'lchamlari o'lchab bo'lingach, homilador ayol yonlamasiga yotqiziladi.

2. Pastdagi oyog'i chanoq-son va tizza bug'implaridan bukiladi, yuqoridagi oyog'i uzatiladi.

3. Tazomerning bir tugmachasi simfizning tashqi yuqorigi qirrasiga va ikkinchi tugmachasi dumg'aza ustidagi chuqurchaga (Mixaelis rombinning yuqori burchagiga mos tushadi) qadalladi.

4. Olingan o'lchamda o'zgarmas 9 sm chegirib tashlanadi. 20 sm – 9 sm – 11 sm (11 sm – bu chin konyugatadir).

PLATSENTADA SUV-HAVO SINAMASINI O'TKAZISH**Maqsadi:**

Platsentaning butunligini aniqlash.

O'quvchi bilishi kerak:

1. Tug'riqni III davri va uni boshqarishni.

2. Yo'ldoshning ajralganlik belgilari va ularni aniqlashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

Platsentada suv-havo sinamasi o'tkazishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tog'ora, suv, rezina nokcha, Jane shprisi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Katta tog'oraga 3–4 l miqdorida suv solinadi.

2. Ajralib chiqqan platsenta kindik va pardalari bilan tog'oradagi suvga tushiriladi.

3. Kindik tizimchasining uchidan Jane shprisi yoki rezina «nokcha» bilan havo yuboriladi.

4. Havo yuborilayotgan vaqtda platsenta butun bo'lsa suvning yuziga qalqib chiqadi.

5. Platsenta butun bo'lmasa, ya'ni platsentaning biror qismi yoki bo'lakchalari bachadon bo'shlig'ida qolib ketgan bo'lsa, platsenta suvning tagida turaveradi va suvning yuziga havo pufakchalari chiqadi.

6. Kindik tizimchasidan shpris chiqariladi.

7. Platsentani suvdan olinib kuydirish uchun krimatoriya yuboriladi.

Eslatma:

1. Sinama musbat – platsenta tog‘oraning tagida turadi, suv yuzida havo pufakchalari paydo bo‘ladi, demak, platsenta butun emas.

2. Sinama manfiy – platsenta suv yuziga qalqib chiqadi, havo pufakchalari bo‘lmaydi, demak platsenta butun.

CHAQALOQLARDA ANTROPOMETRIK O‘LCHOVLAR O‘TKAZISH

O‘quvchi bilishi kerak:

1. Chaqaloqni qanday o‘lchamlari bo‘lishini.
2. «Antropometriya» qanday ma‘noni anglatishini.
3. Barcha o‘lchamlarning normadagi ko‘rsatkichlarini.

O‘quvchi bajarishi kerak:

1. Chaqaloqni gavda og‘irligini (vaznini) o‘lchash (turli yoshlarda).
2. Chaqaloqni bo‘y uzunligini o‘lchash (turli yoshlarda).
3. Chaqaloqda bosh va ko‘krak aylanasini o‘lchash.

Kerakli anjomlar:

Gorizont va vertikal tarozi, gorizont va vertikal bo‘y o‘lchagich, santimetrli tasma.

Muolajaning bajarilishi:

1. Avvalo tarozining posongisini to‘g‘rilab olish kerak.
2. Taroziga steril taglik to‘shaladi.
3. So‘ngra chaqaloq chaqaloqlar tarozisida o‘lchanadi.
4. Chaqaloqning kiyimlari uchun ma‘lum raqam ajratib tashlanadi.
5. Bo‘y o‘lchanayotganda chaqaloqni ensasi, yelkasi, tovoni bo‘y o‘lchagichga tegib turishi lozim.
6. Bosh va ko‘krak aylanasini quyidagicha o‘lchanadi: santimetrli tasma bilan ko‘kraklarning uchi, qo‘ltiq osti, sut bezlarining uchi bilan ko‘krak aylanasini, ensa, quloqlarning yuqorisi, qoshlarning usti bilan bosh aylanasini o‘lchanadi.

XXXV BOB. GINEKOLOGIYADA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

QINDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bajarishi kerak:

– bemor qinidan surtma olish:

- a) tozalik darajasini aniqlash uchun;
- b) qin epiteliyasi sitologiyasi uchun;
- d) gonokokklarni aniqlash uchun.

Kerakli asbob-anjomlar: rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril klyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
 2. Hamshira qo'lini yuvib rezina qo'lqop kiyadi.
 3. Ginekologik kresloga steril klyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
 4. Ayol beligacha yechintirilib ginekologik kresloga yotqiziladi.
 5. Tekshirish uchun bachadon bo'yni kanalidan, qinning oldingi yoki, asosan, orqa gumbazidan surtma olinadi.
 6. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
 7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo'yni kanalidan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.
 8. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
 9. Ko'zgular qindan chiqariladi.
 10. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
 11. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.
- Eslatma:** homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas; surtma siyishdan oldin olinadi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

O'quvchilar bajarishi kerak:

– ayollarni ko'zgular yordamida tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka, tavaqali yoki qoshiqsimon ko'zgu, yassi ko'targich, rezina qo'lqop, 0,5% li xloramin eritmasi solingan idish va biks.

Muolajaning bajarilishi:

1. Hamshira qo'lini yuvib zararsizlantirgach, ikkala qo'lga rezina qo'lqop kiyadi.
 2. Ginekologik kresloga steril kleyonka to'shaladi.
 3. Ayol yechingan holda ginekologik kresloga yotqiziladi.
 4. Hamshira o'ng qo'lga qoshiqsimon ko'zguni oladi.
 5. Chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan jinsiy lablar ochiladi.
 6. Ko'zgu qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi.
 7. Orqadagi ko'zguga parallel holda qinning oldingi devoriga yassi ko'targich ko'zgu kiritiladi va qinning oldingi devori ko'tariladi.
 8. Ko'zgu kiritilgandan so'ng, bachadon bo'yni va kanalining tashqi teshigi yaxshilab ko'zdan kechiriladi.
 9. Ko'zgularni qindan chiqarib olishda qin devori, shilliq pardaning rangi, burmalariga e'tibor beriladi.
 10. Ko'zgular qindan chiqarilib, 0,5% li xloramin eritmasida 5 daqiqa zararsizlantirilgach, yuvib quritiladi va biksga joylanib sterilizatsiyaga jo'natiladi.
- Eslatma:** qinni ko'zgular bilan tekshirishda tavaqali, qoshiqsimon va silindrik ko'zgulardan foydalaniladi.

AYOLLARNI IKKI QO'L BILAN (BIMANUAL) QIN ORQALI TEKSHIRISH

O'quvchilar bajarishi kerak:

– ayolni qin orqali ikki qo'l yordami (bimanual) da tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki bir martalik steril salfetka, 3% li xloramin eritmasi solingan idish, biks, rezina qo'lqop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Ayol beligacha yechintirilib, steril kleyonka to'shalgan ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Tekshiruvchi qo'llarini dezinfeksiyalovchi eritmada yuvib artadi va steril rezina qo'lqop kiyadi.

3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolar sohasi yuvilib, quritib artiladi.

4. Tekshiruvchi chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan ayolning jinsiy lablari keriladi.

5. O'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab kirgiziladi.

6. Bunda bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi, shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanib turadi.

7. Qinga suqilgan barmoqlar bilan chanoq tubi mushaklari, qin devorlari, qin gumbazlari, bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi tekshiriladi.

8. Keyin o'ng qo'lning barmoqlari qinning oldingi gumbaziga o'tkaziladi.

9. Chap qo'lning barmoqlari esa qorin devori orqali bachadon tanasi topilib, bachadon tanasining katta-kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi aniqlanadi.

10. Qindagi barmoqlar qinning yon gumbazlariga o'tkazilib, chap qo'l va qindagi barmoqlar bilan bachadonning ortiqlari ikki yondan paypaslanadi.

11. Qindagi qo'llar sekin-astalik bilan chiqariladi.

12. Qo'l oqar suvda yuvilib, qo'lqop ag'darib yechiladi.

13. 3% li xloramin eritmasida 30 daqiqaga qoldiriladi.

Eslatma: 1. Tekshirishdan oldin qovuq va to'g'ri ichak bo'shatilgan, jinsiy a'zolar sanitariya ishlovidan o'tkazilgan bo'lishi kerak. 2. Qin orqali tekshirishda aseptika, aptiseptika qoidalariga rioya qilish shart.

BACHADON ICHI VOSITALARI (BIV)NI BACHADON BO'SHLIG'IGA KIRITISH

Ko'rsatma: istalmagan homiladorlikning oldini olish.

Moneliklar: homiladorlik, ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va o'sma kasalliklari.

Bajarish texnikasi

1. Hamshira qo'llarini yuvib, quritib artadi.

2. "Copper-T" BIVning ishlatilish muddati tekshirib ko'riladi.

3. BIVning germetik yopiqligiga ishonch hosil qilingach, paketning 1/3 qismi ochiladi.
4. Hamshira qo'llariga rezina qo'lqop kiyadi.
5. BIVning ikki qanoti paketni ustidan sterillikni buzmaganda holda sterjinni ichiga kiritiladi.
6. Paketni ichidan porshenni olib, sterjenni ichiga kiritiladi (orqa tomonidan).
7. Qinga ko'zgu kiritilib, bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.
8. Antiseptik eritma bilan bachadon va qin devorlariga ishlov beriladi.
9. Bachadon bo'ynining yuqori labi tishli qisqich bilan qistiriladi.
10. Bachadon bo'shlig'i zondlanadi (bachadon holati va bachadon bo'shlig'ining uzunligi aniqlanadi).
11. BIV bachadon bo'shlig'ining uzunligiga qarab moslashtirib olinadi, paket butunlay ochilib, BIV o'ng qo'lga olinadi.
12. Bachadon bo'shlig'iga kiritishga tayyorlangan BIVni maxsus shpris orqali identifikatsion o'lchagich bachadon bo'yniga tekkinicha bachadon bo'shlig'iga kiritiladi.
13. Oq sterjenni ozgina oldinga itarib, keyin BIVning qanotlari bo'shagach sterjen chiqariladi.
14. Moslamaning naychasi 3–4 sm chiqarilib, BIVning ipi kesiladi.
15. Moslamaning naychasi qindan butunlay chiqariladi.
16. Bachadon bo'ynidan qisqich yechiladi.
17. Quruq paxtali sharikni 30–60 sekund bachadon bo'ynining qisqich olingan joyga bosib turiladi.
18. Qindan ko'zgu chiqariladi.
19. Ishlatilgan asboblarni xloramin eritmasiga dekontaminatsiya uchun 10 daqiqaga qoldiriladi.
20. Qo'ldan qo'lqop yechilib qo'l yuviladi.
21. Ayol 15–20 daqiqadan so'ng o'rnidan turishi mumkin.

Ishlatilgan asboblarni sterillashga tayyorlash

Ishlatilgan asboblarni nisbatan xavfsizroq holga keltiradigan jarayon (ya'ni gepatit B, C va OITS virusi va boshqa mikroorganizmlarni kamaytiradi, lekin butunlay yo'qotmaydi).

Yuvish. Ishlatilgan asboblardan koʻzga koʻrinadigan chang, kir-chirlar, qon yoki organizmning boshqa biologik suyuqliklarni yuvib tashlash jarayonidir. Yuvishda toza sovun yoki yuvuvchi vositadan foydalaniladi. Yuvilgandan soʻng yaxshilab chayqab quritiladi.

Sterilizatsiya. Yuqori bosimli bugʻ (avtoklav), quruq issiqlik (termostat), kimyoviy sterilizatsiya yoki radiatsiya bilan ishlov berish yoʻli orqali barcha mikroorganizmlarni (bakteriyalar, viruslar, zamburugʻlar, parazitlarni) jumladan, bakterial endosporalarni ham yoʻqotish jarayonidir.

Chuqur dezinfeksiya. Qaynatish, bugʻ yoki kimyoviy dezinfektantlar bilan ishlov berish orqali baʼzi bakterial endosporalardan tashqari barcha mikroorganizmlarni yoʻqotish jarayonidir.

Qin epiteliysi sitologiyasini aniqlash

Koʻrsatmalar:

- hayz funksiyasining buzilishi (aminoreya, anovulyator, hayz sikli, gipo-, gipermenstrual sindrom);
- bepushtlik;
- jinsiy aʼzolar gipoplaziyasi.

Tekshiruv maqsadi: ayol organizmi rivojlanishi, jinsiy yetuklik uchun zarur boʻlgan estrogen va progesteron gormonlari bilan taʼminlanish darajasini aniqlash.

Oʻquvchi bajarishi kerak:

- qin orqa gumbazidan surtma olish;
- surtmani buyum oynachasiga surish;
- surtmani quritish;
- surtma olish uchun kerakli asboblarni jamlash;
- mikroskop orqali surtmani koʻzdan kechirish;
- surtmani laboratoriyaga yoʻllanma yozib tekshiring.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qin koʻzgulari (qoshiqsimon), kornsang, paxtali sharik, Folkman qoshiqchasi, buyoqlar (gemotoksilin, iozin, fuksin), spirt, efir, mikroskop (emirson sistemali), buyum oynachalari.

Bajarish algoritmi:

1. Ayol beligacha yalongʻochlanib, ginekologik kreslogo yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy aʼzolar kornsang yordamida paxtali sharik bilan sovunli suvda artib tozalanadi.

3. Qoshiqsimon ko'zgular qinga kiritiladi va yordamchi qo'liga tutqaziladi.

4. Folkman qoshiqchasi bilan qinning orqa gumbazidan surtma olinadi.

5. Olingan surtma buyum oynachasiga surtiladi.

6. Ochiq havoda quritiladi yoki spirt va efir aralashmasi bilan fiksatsiya qilinadi.

7. Laboratoriyaga yo'llanma yozib, yuboriladi.

8. Laboratoriyada gemotoksilin va iozin yoki fuksin bo'yog'ida bo'yaladi.

9. Bo'yalgan surtma ustiga 1 tomchi emirsion yog' tomizilib mikroskop ostida ko'riladi.

10. Obyektivda ko'ringan qin epiteliylari shakli, hajmi, yadro-sining katta-kichikligiga qarab sanaladi va baho beriladi.

Eslatma: qin devorining shilliq qavati bir necha qatlam qin epiteliylaridan tarkib topgan:

1. Yuzaki – shoxlanuvchi yoki shoxlangan epiteliylar. Bu epiteliylar ayol organizmi estrogen gormonlar bilan to'yingan paytda, ya'ni hayz siklining follikula rivojlanish fazasining oxirgi kunlari va ovulatsiya fazasiga xos.

2. O'rtaliqda – oraliq epiteliylar, hajmi shoxlanuvchi epiteliylarga nisbatan kichikroq, shakli urchuqsimon, uchburchaksimon, yadrosi kattaroq bo'ladi. Bu epiteliylar hayz siklining sariq tanacha rivojlanishi fazasiga, ya'ni organizm progesteron gormoni bilan to'yingan davrida rivojlanib yetiladi.

3. Parabazal epiteliylar qatlami, shakli oval yoki yumaloq bo'lib, hajmi oraliq epiteliylardan kichikroq, yadrosi esa kattaroq, to'rsimon. Bu epiteliylar hali balog'atga yetmagan qizlarda kuzatiladi. Estrogen va progesteron gormonlari ta'sirida parabazal epiteliylar yetilib, undan oraliq va shoxlanuvchi epiteliylar hosil bo'ladi.

4. Bazal epiteliylar qatlami eng chuqur, pastki qatlam hisoblanib, epiteliylar shakli yumaloq, kichkina yadrosi esa nisbatan katta va to'rsimon bo'ladi. Bu epiteliylar qiz bolalarda va ayol organizmida steroid (estrogen, progesteron) gormonlarning keskin yetishmasligida kuzatiladi.

Mikroskopda ko'rilgan yuzaki, oraliq, parabazal va bazal epiteliylar miqdoriga qarab ayol organizmining steroid gormonlar bilan to'yinganlik darajasi aniqlanadi.

“Qorachiq” fenomenini aniqlash

– “Qorachiq” fenomeni bachadon bo‘yni kanalidan chiqayotgan shilliqqa qarab aniqlanadi.

– Menstrual sikl davomida kanalning tashqi teshigi kengayib, undagi shilliq miqdori ko‘payib boradi.

– Ovulatsiya bo‘ladigan vaqtlarda shilliq to‘plami ko‘z qorachig‘ini eslatadi.

– Lyutein fazasining oxirida shilliq miqdori kamayib kanalning tashqi teshigi kichrayadi va quruq bo‘ladi.

– Ovulatsiya bo‘lmagan vaqtda qorachiq simptomi yaxshi bilinmaydi yoki umuman bo‘lmaydi.

“Qorachiq” fenomenini aniqlash uchun bemor ma’lum kunlarda qabulga keladi va ana shu kunlarda bemor ginekologik kresloga yotqiziladi, qinga qoshiqsimon ko‘zgu kiritilib, ko‘zdan kechiriladi. Olingan natija “+” bilan ifodalanadi.

Agar bachadon bo‘yni kanali odatdagidan 0,1–0,2 sm dan kamroq kengaygan, shilimshiq modda miqdori ko‘payib, tinirlashgan bo‘lsa “+”, kanal tashqi teshigi 0,1–0,2 sm kengaygan bo‘lsa “++”, 0,3–0,4 sm kengaygan, shilimshiq modda bachadon bo‘yni kanali tashqi teshigida ko‘z qorachig‘ini eslatib tursa “+++” deb belgilanadi, bu holat organizmning estrogen gormonlar bilan to‘yinganligidan dalolat beradi va asosan, ovulatsiya fazasida, ya’ni hayz siklining 13–14 kunlarida yorqin rivojlangan bo‘ladi.

“Qirq bo‘g‘in” simptomini aniqlash

– Hayz sikli davomida pinset yordamida yoki Braun shprisi bilan servikal kanaldan shilliq olinadi va buyum oynasiga ehtiyotlik bilan surtiladi.

– Olingan surtma xona haroratida quritiladi.

– Mikroskop ostida kichik okulyarda ko‘riladi. “Qirq bo‘g‘in” barginining ko‘rinishini oladi.

– Bu ko‘rinish ovulatsiya vaqtida aniq bilinib turadi.

– Ovulatsiya bo‘lmagan vaqtda bunday o‘zgarish aniqlanmaydi.

Olingan natija “+” belgisi bilan ifodalanadi. Ovulatsiya bo‘lgan kunlarda “+++” bo‘lishi kerak.

Hayz siklining dastlabki kunlarida bu simptom “manfiy” bo‘ladi, chunki ayol organizmida estrogen gormonlari hali yetarli

bo‘lmaganligi sababli, bachadon bo‘yni shilimshig‘i kam ishlab chiqiladi va kristallanmaydi.

Ovulatsiya kunlari yaqinlashganda (follikulyar faza oxirida) ayol organizmi yetarli miqdorda estrogen gormonlari bilan ta‘minlanganda shilimshiq modda miqdori ko‘payib, cho‘ziluvchan, qovushqoq bo‘lib, quritilganda kristallar ham bo‘ladi va “Qirq bo‘g‘im” bargining shakliga kiradi yoki qattiq qish paytida deraza oynasidagi muzli shakllarni eslatadi. Shuning uchun bu simptom yoki fenomenni “Qirq bo‘g‘im” “Arborizatsiya” yoki “Kristallizatsiya” simptomi deb ataydilar.

Bundan tashqari bachadon bo‘yni kanalidagi shilimshiq modda anatomik pinset yordamida olinib, uning uchlari sekinlik bilan kerilganda undagi shilimshiq necha sm gacha cho‘zilishiga qarab organizmning estrogen gormonlar bilan to‘yinganligiga baho berish mumkin.

Masalan: 6 sm gacha cho‘zilib, keyin uzilsa “+” estrogen gormonlari kam miqdorda; 8–10 sm gacha cho‘zilsa “++” yetarli miqdorda, 15–20 sm gacha cho‘zilsa “+++” – maksimal darajada estrogen gormonlar bilan to‘yinganlik haqida xulosa qilinadi.

So‘zakni aniqlash uchun surtma olish

So‘zakni chaqiruvchi mikroorganizm – gonokokklar jinsiy a‘zolar va siydik chiqarish yo‘llarining sindr epiteliyalari xujayralari ichiga joylashgan bo‘ladi. Bakterioskopiya va bakteriologik tekshirish uchun siydik chiqarish kanali (uretra), bachadon bo‘yni kanali, qin va to‘g‘ri ichakdan surtma olib, laboratoriyada tekshiriladi.

Uretradan surtma olish algoritmi:

1. Siydik yo‘llaridagi gonokokklarni siydik yuvib ketmasligi uchun bemor surtma olishdan 1,5–2 soat oldin siygan bo‘lishi kerak.

2. Tashqi jinsiy a‘zolar va qingga kirish qismi fiziologik eritma yoki 2% borat kislotasi eritmasi singdirilgan paxta sharik bilan tozalanadi.

3. Chap qo‘l barmoqlari bilan jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi atrofi spirt shimdirilgan paxta sharik bilan artiladi.

4. O‘ng qo‘lning ko‘rsatkich barmog‘i qingga kiritiladi va uretraning orqa devori uqalanadi, agar sekret ajralmasa ikki barmoq qingga kiritilib siydik kanali uqalanadi.

5. Uretradan ajralib chiqqan suyuqlik (yiring) tarnovsimon zond yoki Folkman qoshiqchasi bilan olinib buyum oynachasiga surtiladi.

6. Surtma yonib turgan spirtovka ustidan tezlik bilan uch marotaba o'tkazib olib fiksatsiya qilinadi.

7. Keyin uni laboratoriyada Gramm usulida bo'laydi.

8. Mikroskop orqali tekshiriladi.

Bachadon bo'yni kanalidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'ochlanib yotqiziladi.

2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari (Sims ko'zgulari) qinga kiritilib, bachadon bo'ynining qin qismi ochiladi.

3. Paxtali tampon bilan (10% sodali eritma shimdirilgan) bachadon bo'yni artiladi.

4. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan bachadon bo'yni kanalidan tashqi teshikdan 0,5–1 sm ichkariga kiritilib, sekret olinadi va buyum oynasiga surtiladi.

5. Tezlik bilan spirtovkada yonib turgan alanga ustidan uch marta o'tkazib, fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Qinning orqa gumbazidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'ochlanib yotqiziladi.

2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari qinga kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi.

3. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan qinning orqa gumbazidan surtma olib, buyum oynachasiga surtiladi.

4. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

To'g'ri ichakdan surtma olish algoritmi:

1. Esmarx voronkasi 38–39°C li iliq fiziologik eritma bilan to'ldiriladi.

2. Bemor tapchanga beligacha yalong'ochlab yonbosh qilib yotqiziladi.

3. Voronkaga ulangan rezina shlangdagi uchlikka (nakonechnik) vazelin surtiladi.

4. Uchlik to'g'ri ichakka 4 sm kiritilib, voronkaning krani ochiladi.

5. To'g'ri ichakka 60–80 ml fiziologik eritma yuboriladi va kran yopiladi.

6. Voronkaning uchligi to'g'ri ichakdan sug'irib olinadi.

7. Ichakdan qaytib chiqqan suyuqlik maxsus idishga buyraksimon laganchaga, stakanga to'planadi.

8. Pinset bilan suyuqlik ichidagi shilimshiq modda yoki yiring ushlab olinadi va buyum oynachasiga surtiladi.

9. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo‘natiladi.

Trixomoniazga surtma olish algoritmi:

Trixomoniaz diagnostikasi uchun “Tirik tomchi” usulidan, bo‘yalgan yoki maxsus ozuqa moddaga ekilib urchitilgan parazitni o‘rganish mumkin.

Eng ko‘p tarqalgan va oson usul “Tirik tomchi” usulidir.

Tirik tomchi olish algoritmi:

Bemor beligacha yalong‘och holda ginekologik kresloga yotqiziladi.

1. Qin ko‘zgulari yordamida bachadon bo‘yni ochiladi.

2. Uchiga paxta o‘ralgan shisha tayoqcha yoki platina sterjinni fiziologik eritmaga botirib olinadi.

3. Qinning orqa gumbazidan surtma olib buyum shishachasiga tomiziladi.

4. Qoplagich oynacha bilan yopilib mikroskopda ko‘zdan kechiriladi.

5. Agar mikroskop ostida harakatlanib yurgan parazit – trixomonos ko‘rinsa, demak, trixomonoz kasalligi tasdiqlanadi.

Qinning tozalik darajasi va uni aniqlash

Qinning shilliq qatlamida bezlar bo‘lmaydi. Lekin qon va limfa tomirlaridan suzib chiqadigan suyuqlik sekret ajralib turadi. Odatda, u oqimtir rangda kam miqdorda, maxsus hidga ega bo‘ladi va qinni namlab turadi. Jinsiy yetuklik davrida qin ajralmasi kislotali muhitda bo‘ladi. Buning sababi sog‘lom qinda bo‘lgan qin batsillalari (Dederleyn tayoqchalari) hayot faoliyati ta‘sirida ayollarda qin epiteliyalarida bo‘lgan glikogenlardan sut kislotasi ishlab chiqiladi.

Qinda hosil bo‘lgan sut kislotasi qin batsillalari va qin shilliq pardasiga salbiy ta‘sir ko‘rsatmaydi, aksincha qindagi patogen mikroorganizmlarni o‘limiga olib keladi.

Shunday qilib sog‘lom, yetuk ayollar qinida o‘zini o‘zi tozalash jarayoni kechadi. Shunga qaramay, sog‘lom ayollar qini ajralmasida shartli ravishda patogen hisoblangan mikroorganizmlar (stafilokokk, streptokokk, enterokokk, ichak tayoqchasi) yashaydi. Qulay sharoit bo‘lishi bilan (shamollash, qin devorlarining jarahatlanishi), ya‘ni organizmning himoya kuchi pasayishi zahotiyoyq ular yallig‘lanish kasalligini chaqirishi mumkin.

Shuning uchun ham, qinning tozalik darajasini bilishimiz lozim.

Mikroblar florasining tavsifiga qarab qin tozaligining to‘rt darajasi tafovut qilinadi.

Tozalikning birinchi darajasi: qindan olingan ajralmada faqat Dederleyn tayoqchalari – qin batsillalari va epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashamaydigan sog‘lom qizlarga xos.

Tozalikning ikkinchi darajasi: qin ajralmasida qin batsillalari uncha ko‘p emas, ko‘plab epiteliy hujayralari va onda-sonda leykotsitlar uchraydi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashaydigan sog‘lom ayollarga xos.

Tozalikning uchinchi darajasi: qinda qin batsillalari ham, turli xil mikroblar va ko‘plab leykotsitlar uchraydi. Reaksiyasi kuchsiz ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a‘zolarining surunkali yallig‘lanish kasalliklariga xos.

Tozalikning to‘rtinchi darajasi: qin batsillalari umuman yo‘q, juda ko‘p miqdorda patogen mikroorganizmlar, hattoki trixomonos va boshqalar, leykotsitlar – yiringli ajralma. Reaksiyasi ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a‘zolarining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklariga xos.

Tozalik darajasini aniqlash uchun surtma olish algoritmi:

Kerakli anjomlar: ginekologik kreslo yoki tapchan, kornsang, paxtali sharik, buyum oynachasi.

Tozalikning I darajasi. Epiteliy hujayralari (1), bilan qin tayoqchalari (2) ko‘rinib turibdi. **Tozalikning II darajasi.** Epiteliy hujayralari (1), qin tayoqchalari (2), yakkam-dukkan leykotsitlar (3) va *comma variable* (4) ko‘rinib turibdi. **Tozalikning III darajasi.** Qin tayoqchalari kamroq (2), leykotsitlar (3), *comma variable* (4), kokklar (5) ko‘proq. **Tozalikning IV darajasi.** Qin tayoqchalari yo‘qolgan. Leykotsitlar ko‘p (3). Kokklar (5) va *trichomonas vaginalis* (6) birtalay.

1. Bemor beligacha yalong‘ochlanib tapchanga yoki ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Chap qo‘lning barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi.

3. O‘ng qo‘l yordamida kornsangda ushlangan paxtali sharik qinga kiritiladi va uning ajralmasi olinib, buyum oynachasiga surtiladi.

4. Oynacha quritiladi va laboratoriyaga yuboriladi.

5. Laboratoriyada Gramm usulida bo'yaladi.
6. Mikroskopda ko'riladi.

Sitologik tekshirish uchun bachadon bo'ynidan bosma surtma olish

Maqsad: xotin-qizlar jinsiy a'zolari, xususan, bachadon bo'yni rak kasalligini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: bachadon bo'yni eroziyasi, yallig'lanish kasalliklari va bachadon bo'yni shaklining o'zgarishi.

Kerakli asbob-anjomlar: qin ko'zgulari, kornsang, mayda bo'lakchalarga bo'lingan (bir buyum oynachasi uchga bo'lingan) buyum oynachalari.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
3. Kornsang bilan qistirib olingan buyum oynachasi bachadon bo'yniga bosib olinadi.
4. Qin ko'zgulari chiqarib olinadi.
5. Surtmalar yonib turgan spirtovka alangasi ustidan tez-tez o'tkazib olib, fiksatsiyalanadi.
6. Laboratoriyaga jo'natiladi.

Bachadon bo'ynidan biopsiya olish

Maqsad: bachadon bo'yni xavfli o'smalarini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion.

Kerakli asbob-anjomlar: qoshiqsimon qin ko'zgulari, kornsang, skalpel, pulevoy qisqich, spirt, paxtali sharik, igna ushlagich, tikish ignasi, ketgut, 5% li yod nastoykasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'chlanib yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar sovunlab yuviladi.
3. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'ynining qin qismi spirt bilan artiladi va steril paxtali sharik bilan tozalanadi.

5. Bachadon bo‘ynining oldingi labi Myuzo pulevoy qisqichi bilan ushlab olinadi.

6. Steril skalpel bilan bachadon bo‘ynining kasallangan va sog‘lom qismidan kesib olinadi.

7. Kesilgan joyga ketgutli chok qo‘yiladi va 5% yod nastoykasi surtiladi.

8. Pulevoy qisqich yechiladi, tishlangan joyiga 5% li yod nastoykasi surtiladi.

9. Qin ko‘zgulari chiqarib olinadi.

10. Kesib olingan preparat formalinli shisha flakonchaga joylashtiriladi va laboratoriyaga yuboriladi.

Qin vannasini o‘tkazish

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, tabaqali qin ko‘zgusi (Kusko ko‘zgusi), rezina qo‘lqoplar, sterillangan material, dori-darmon vositalari, kornsanglar, 3% li xloramin eritmasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

- bemorga davolash mohiyati tushuntiriladi;
- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi;
- tashqi jinsiy a‘zolar dezinfeksiya vositalari bilan yuviladi;
- qo‘lqop almashtiriladi;
- Kusko ko‘zgusi qin ichiga kiritiladi, dokali tampon bilan kornsangda qin ajralmalari tozalanadi;
- qinga 37°C gacha ilitilgan dori (20–25 ml) 15–20 daqiqaga qo‘yiladi;
- 15–20 daqiqadan so‘ng qin quruq tampon bilan artilib qurutiladi;
- ko‘zgu chiqarilib olinadi;
- 20 daqiqagacha kichik jinsiy lablar orasiga quruq salfetka qo‘yiladi;
- qo‘lqopni yechib, qo‘llar yuviladi;
- ko‘zgu 3% li xloramin eritmasiga 1 soatga solib qo‘yiladi.

Kolposkopiya

Kolposkopiya bachadon bo‘ynining tashqi teshigi atrofini va qin devorlari to‘qimalarini 10–30 martagacha kattalashtirib ko‘rish imkonini beradi. Ko‘proq bachadon bo‘yni eroziyasi, bachadon

bo'yni raki va rak oldi kasalliklariga tashxis qo'yish maqsadida o'tkaziladi.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qoshiqsimon ko'zgular, bir tishli Myuzo qisqichi, pinset, kleyonka yoki bir marta ishlatiladigan salfetka va kolposkop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Qinga qoshiqsimon ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi.

3. Kolposkop bilan bachadon bo'ynining tashqi teshigi atrofi va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

4. Kolposkopiya o'tkazilgandan so'ng ishlatilgan asboblardan xloramin eritmasiga 10 daqiqaga qoldiriladi.

5. Bemorning turishiga yordamlashiladi.

Hamshira kolposkopiya yordamchi sifatida ishtirok etadi.

**Gormonal holatni aniqlash uchun
qindan surtma olish**

O'quvchi bajarishi kerak:

Qin epiteliyasi sitologiyasi uchun surtma olishni.

Kerakli asbob-anjomlar: rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril klyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblardan tayyorlanadi.

2. Hamshira qo'lini yuvib rezina qo'lqop kiyadi.

3. Ginekologik kresloga steril klyonka yoki bir marta ishlatiladigan salfetka to'shaladi.

4. Ayol beligacha yechintirilib ginekologik kresloga yotqiziladi.

5. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kiritiladi.

6. Tekshirish uchun qinning oldingi va orqa gumbazidan surtma olinadi.

7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.

8. Ko'zgular qindan chiqariladi.

9. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.

10. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas; surtma siyishdan oldin olinadi.

Spermogramma uchun sperma yig'ish

Ko'rsatma: erkaklardagi bepushtlik.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Tekshirishdan avval erkak kishi 5–7 kun davomida jinsiy aloqa qilmasligi ogohlantiriladi, shuningdek, spirtli ichimliklar qabul qilish mumkin emas (prezervativlardan ham foydalanish man etiladi, chunki uning tarkibidagi talk spermatozoidlar harakatchanligini susaytiradi.

2. Spermalarni tekshirish uchun er va xotin birgalikda taklif qilinib, jinsiy aloqa to'xtatilib, sperma suyuqligi toza va quruq idishga olinadi.

3. Laboratoriyaga yo'llanma bilan yuboriladi.

Eslatma:

1. Sperma suyuqligi yig'iladigan idish iliq bo'lishi kerak.

2. Laboratoriya tekshiruvigacha bo'lgan vaqt 1 soatdan oshmasligi kerak.

3. Spermatozoidlar harakatining 75% dan kam bo'lishi erkaklar bepushtligidan darak beradi.

Gisterosalpingografiya va uning o'tkazilishi

Ko'rsatma: bachadondan tashqaridagi homiladorlikka gumon tug'ilganda, jinsiy a'zolar sili, bachadonning rivojlanish nuqsonlari, bachadon fibramiomas, bepushtlik, istmiko-servikal yetishmovchiligi, bachadondagi kesar-kesish operatsiyasidan keyingi chandiqlarning holatini aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Moneliklar: umumiy yoki mahalliy yallig'lanish kasalliklari, (gripp, angina, tromboflebit yoki boshqalar), jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi, yod preparatlariga sezuvchanlikning oshganligi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Maxsus moslama (Mandelshtam uchligi – nakonechnik) orqali moyli kontrast modda (yodolipol, lipiodol) yoki suvli kontrast modda (kardiotrast, diodon, urografin, verografin, gipak) bachadon bo‘yni kanali orqali bachadon bo‘shlig‘iga yuboriladi.

3. 5 ml yuborilgan keyin birinchi rentgenologik tasvirga tushiriladi, 20 daqiqa o‘tgach ikkinchi va 24 soat o‘tgandan so‘ng uchinchi tasvirlar olinadi.

4. Rentgenolik tasvir bemorning tibbiy hujjatlariga tikib qo‘yiladi.

Eslatma:

1. Gisterosalpingografiya hayz ko‘rish siklining ikkinchi fazasida amalga oshiriladi.

2. Bemorni rentgenografiyaga tayyorlash uchun kechqurun tozalovchi huqna qilib ichaklar tozalanadi.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash

Qin orqali qilinadigan operatsiyalarga bemorlarni tayyorlash

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo yoki operatsion stol, steril oqliklar, bog‘lov materiallari, 5% li yod eritmasi yoki 1% li yodanat eritmasi, kornsang, sirli tog‘ora, kateter, sovun, iliq suv, dezeritma, narkoz apparati, asboblarni jamlanmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemorga operatsiyaning mohiyati tushintiriladi.
2. Tozalovchi huqna qilinadi.
3. Ayolga steril ko‘ylak va baxillalar kiydiriladi.
4. Ayol operatsiya stoliga yotqiziladi.
5. Qorinning pastki qismi, sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy a‘zolar, oraliq sovun bilan iliq suvda kornsanglar va paxtali tampon yordamida yuviladi.
6. Antiseptik eritma bilan zararsizlantiriladi.
7. Quruq tampon bilan artiladi.
8. Yumshoq kateter yordamida siydik tushiriladi.
9. Anal teshik steril taglik bilan yopiladi.
10. Dumba ostiga steril taglik qo‘yiladi.
11. Bemorning oyoq tomoniga tog‘ora qo‘yiladi.
12. Operatsion hamshira tayyorgarlikni ko‘zdan kechirib, operatsiya qiluvchiga bemorning tayyor ekanligini ma’lum qiladi.

Qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan operatsiyaga bemorlarni tayyorlash

Kerakli-asbob anjomlar: steril oqliklar, bog'lov materiallari, asboblarni jamlanmasi, kornsang, 5% li yod eritmasi, kateter, spirt, operatsiya stoli, narkoz apparati.

Muolajaning bajarilishi:

1. Operatsiya mohiyati bemorga tushintiriladi.
2. Operatsiyadan bir kun avval yengil ovqatlar iste'mol qilish buyuriladi. Uxlashdan avval va operatsiya kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi.
3. Ertalab premedikatsiya qilinadi.
4. Bemorga steril ko'ylak kiydiriladi.
5. Bemor operatsiya stoliga yotqiziladi.
6. Umumiy og'riqsizlantirilgandan so'ng, qorinning oldingi devoriga 5% li yod eritmasi bilan Filonchikov-Grossix usulida ishlov beriladi.
7. Operatsion hamshira bemorning tayyorligini ko'zdan kechirib, operatsiya qiluvchiga ma'lum qiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *Allayorov Y.N.* “Reproduktiv salomatlik va kontraseptiv texnologiya”, «Istiqbol», T., 2005.
2. *Allayorov Y.N.* “Akusherlik” “O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi” Davlat ilmiy nashriyoti, T., 2011.
3. *Allayorov Y.N., Yusupova D.O‘, Asqarova F.Q.* “Akusherlikda amaliy ko‘nikma va muolajalar”, Samarqand, 2007.
4. *Allayorov Ya.N., Tosheva D.G., Yusupova D.O‘.* “Onalikda hamshiralik parvarishi”, “Vorisi” nashriyoti, T., 2012.
5. *Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенков А.П.* “Акушерство”, М., 1986.
6. *Бодяжина В.И., Семенченко И.Б.* “Акушерство” Ростов-на-Дону, 2005.
7. *Бурбенко А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П.* “Современные лекарственные средства”, С-П.—М., 2006.
8. *Гуркин Ю.А., Грищюк В.И.* “Гинекология” справочник семейного врача, С-П.—М., 2005.
9. *Дуда В.И., Дуда Вл.И., Дуда И.В.* “Акушерство”. Минск, 2004.
10. *Закиров И.З.* “Акушерство”, учебное пособие, Самарканд, 1992.
11. *Ziyayeva M.F., Mavlonova G.X.* “Ginekologiya”, “O‘qituvchi”, T., 2012.
12. *Kretova N.Y., Smirnova L.M.* “Akusherlik va ginekologiya”. T., Ibn Sino nomidagi nashriyot, 1991.
13. *Лысак Л.А.* “Акушерство”. Ростов на-Дону, 2003.
14. *Малиновский М.С.* “Оперативное акушерство”, М., 1974.
15. *Неговский В.А.* “Основы реаниматологии” Т., 1977.
16. *Нисвандер К., Эванс А.* “Акушерство” справочник, М., 1999.
17. *Rahimov A.U., Melikulov X.M.* “Akusherlikda gemorragik shokning zamonaviy muammolari”, “Istiqlol”, T., 2005.
18. *Ремизов И.В.* “Основы реаниматологии для медицинских сестер”, Ростов-на-Дону, 2006.

19. *Славянова И.К.* “Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум”, Ростов на-Дону, 2004.

20. *Суслепарова А.А.* “Гинекология”, М.–С.–П., 2006.

21. *Fozilbekova M.A., Zaynitdinova X.S.* “Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi”, “O‘qituvchi” NMIU, T., 2004.

22. *Qodirova A.A., Ashurova V.E., Kattaxo‘jayeva M.X., Abdullayeva D.A.* “Akusherlikdagi jarrohlik amaliyoti”, Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, T., 1999.

23. *Qodirova A.A., Kattaxo‘jayeva M.X.* “Akusherlik amaliyoti”, Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, T., 2001.

24. Приказ МЗ РУз № 500 от 13 ноября 2003 года «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций».

MUNDARIJA

So‘zboshi	3
-----------------	---

I QISM. O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA XIZMATINING TASHKIL ETILISHI

I BOB. Akusherlik fani tushunchasi, uning rivojlanish tarixi.

Akusherlikda etika va deontologiya asoslari.....	5
O‘zbekistonda tug‘ruq xizmatining rivojlanishi	9
Onalik va bolalikni himoya qilish bo‘yicha hukumat qarorlari	14
Tug‘ruq kompleksi xodimlarining deontologiyasi	16

II BOB. O‘zbekiston Respublikasida akusherlik va ginekologik yordam ko‘rsatish muassasalarining ishini tashkil qilish

Tug‘ruq kompleksining (bo‘limining) tuzilishi	18
Tug‘ruq kompleksi tarkibiy bo‘linmalarining jihozlanishi va ishini tashkil qilish	19
Tug‘ruq bloki	23

III BOB. Shifoxona ichi infeksiyasining oldini olish.

Akusherlikda aseptika-antiseptika va davolash-muhofaza tartibi

Akusherlikda aseptika-antiseptika	29
Tug‘ruq komplekslarida davolash-muhofaza tartibi	35

II QISM. FIZIOLOGIK AKUSHERLIK

IV BOB. Ayol jinsiy a‘zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi

Tashqi jinsiy a‘zolar (Genitalia externa)	37
Ichki jinsiy a‘zolar (Genitalia interna)	40
Bachadon va tuxumdonlarning boylam apparati	50
Jinsiy a‘zolarning qon tomirlar tizimi	52
Sut bezlari	53
Hayz ko‘rish sikli	55
Hayz ko‘rish davri gigiyenasi	61

V BOB. Ayol chanog‘i

Chanoq suyaklari	63
Chanoq birlashmalari	66
Katta chanoq	67
Kichik chanoq	67
Ayol chanog‘ining erkak chanog‘idan farqi	70
Chanoq muskullari	71
Chanoqni akusherlik nuqtayi nazardan tekshirish	74

VI BOB. Homiladorlik fiziologiyasi. Urug‘lanish.

Murtak pardalari va ona qornidagi homilaning taraqqiy etishi

Urug‘lanish (bo‘yida bo‘lish)	80
Urug‘langan tuxumhujayraning bo‘linishi va bachadonga siljib borishi	81
Urug‘langan tuxumhujayraning bachadonda payvandlanishi – implantatsiya ...	82

Murtak pardalarining taraqqiy etishi	83
Platsenta (placenta)	88
Kindik	89
Homilaning oziqlanishi	90
Homilaning chiqarish funksiyalari	91
Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila	92
Yetilgan homilaning boshi	94
Yetilgan homila boshi va tanasining o'lchamlari	95

VII BOB. Homilador ayol organizmidagi fiziologik o'zgarishlar	97
Asab tizimi	97
Endokrin tizimi	98
Qon	99
Yurak-tomirlar tizimi	100
Hazm a'zolari	100
Nafas a'zolari	101
Siydik chiqarish a'zolari	101
Teri	101
Jinsiy a'zolar	102
Sut bezlari	104

VIII BOB. Homiladorlik diagnostikasi	
Homilador ayollarni tekshirish usullari	106
Homilador ayollarni so'rab-surishtirish	106
Homilador ayolni ko'zdan kechirish	108
Ichki a'zolarni tekshirish	109
Homiladorlikni dastlabki oylarida aniqlash	110
Homiladorlik diagnostikasining biologik usullari	113
Homiladorlikni kechki muddatlarida aniqlash	115
Homiladorlikning ikkinchi yarmida va tug'ruqda akusherlik tekshirish usullari	116
Qo'shimcha tekshirish usullari	121
Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash	122

IX BOB. Homilador ayollar gigiyenasi va parhezi	129
--	------------

X BOB. Tug'ruq	
Tug'ruqning xabarchilari va boshlanishi	134
Tug'ruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq tutishi)	135
Tug'ruq davrlari	136
Bachadon bo'ynining ochilish davri	137
Homilaning tug'ilish davri	141
Ensa oldinda yotishining oldingi turida tug'ruq biomexanizmi	144
Yo'ldosh tushish davri	148
Tug'ruqning davomiyligi	149

XI BOB. Tugʻruqni boshqarish

Tugʻuvchi ayollarni qabul qilish va sanitariya ishlovidan oʻtkazish	151
Tugʻruqdan oldingi boʻlim va tugʻruq boʻlimining asbob-anjomlari	154
Partnyorlik (hamkorlik) tugʻrugʻi	155
Bachadon boʻynining ochilish davrini boshqarish	155
Homilaning tugʻilish davrini boshqarish	157
Yoʻldosh tushish davrini boshqarish	165
Tugʻruqning uchinchi davrini faol boshqarish	170

XII BOB. Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish	173
Ayollarni tugʻruqqa psixoproflaktik tayyorlash usuli	174

XIII BOB. Chilla davri fiziologiyasi

Tuqqan ayol organizmidagi oʻzgarishlar	178
Chilla davrini boshqarish	182

XIV BOB. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi va patologiyasi

Tugʻruq komplekslarida chaqaloqlar boʻlimi (palatasi) ishini tashkil etish	187
Chaqaloqlarni parvarish qilish	189
Chaqaloqlar parvarishining zamonaviy usullari	191
Chaqaloqlarni emizish. Ona sutining ahamiyati va tarkibi	193
Koʻkrak suti bilan boqish (Shifoxonalarda bolaga doʻstona munosabatda boʻlish tashabbusi (ShBDMT)	195
Chala tugʻilgan chaqaloqlarni parvarish qilish	196
Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi	199
Chaqaloqlarni emlash	201

XV BOB. Homila chanogʻining oldinda yotishi (praesentatio pelvia)

Chanoq oldinda yotishining tasnifi	202
Chanoqning oldinda yotishining diagnostikasi	203
Chanoq oldinda yotganda homiladorlik va tugʻruqning kechishi	204
Chanoq oldinda yotganda tugʻruq mexanizmi	206
Chanoq oldinda yotganda tugʻruqni boshqarish	208

III QISM. PATOLOGIK AKUSERLIK

XVI BOB. Homiladorlik bilan bogʻliq kasalliklar

Homiladorlik gestozlari. Qusish sindromi	210
Homiladorlikning ilk gestozlari. Homiladorlarning qusishi va tiyilmaydigan qusish	210
Homiladorlikning kechki gestozlari. Gipertenziv sindrom	213
Homiladorlar istisqosi (shishi)	214
Homiladorlar nefropatiyasi	216
Preeklampsiya	219

Eklampsiya	220
Tutqanoq tutish va komada birinchi yordam ko'rsatish	222
XVII BOB. Ekstragenital kasalliklarda homiladorlik va tug'ruq	
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari	224
Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi – AB (O) bo'yicha izoserologik mos kelmasligi)	231
XVIII BOB. Bola tashlash, chala tug'ish. Muddatidan o'tgan homiladorlik	
Abort (bola tashlash)	234
O'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tashlash)	237
Septik (isitmal) abort	239
Abortning oldini olish	240
Oy-kuni yetmasdan tug'ish (chala tug'ish) (partus praematurus)	243
Muddatidan o'tib ketgan homiladorlik (partus protractus)	243
XIX BOB. Platsentaning oldinda yotishi va normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi	
Platsentaning oldinda yotishi	247
Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi (Separatio placentae normaliter insertae praematura)	251
XX BOB. Tug'ruq kuchlari anomalialari (Tug'ruq faoliyati nuqsonlari)	
Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi	255
Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi	256
XXI BOB. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi	
Homilaning noto'g'ri joylashishida homiladorlikning kechishi va tug'ruqning o'ziga xos xususiyatlari	259
Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish	260
XXII BOB. Chanoq anomalialari (Tor chanoqlar)	
Anatomik tor chanoq tasnifi	263
Tor chanoqni aniqlash	265
Tor chanoqda homiladorlikning kechishi	267
Tor chanoqda tug'ruqning kechishi	268
Tor chanoqda tug'ruq mexanizmi	270
Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish	271
Funksional (klinik) tor chanoq	273
XXIII BOB. Yo'ldosh tushish davri va ilk chilla davrida qon ketishi terminal holatlar	
Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi	276
Platsentani qo'lda ko'chirish va tushirish	277
Ilk chilla davrida (tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda) qon ketishi	279
O'tkir kamqonlikka qarshi kurash	283

Gemorragik shok	284
Chilla davrida kech qon ketishi	290

XXIV BOB. Tugʻruq jarohatlari (Akusherlik shikastlanishlari)

Oraliq, vulva va qinning yirtilishi	291
Oraliqning yirtilgan joyini choklash	292
Bachadon boʻynining yirtilishi	293
Bachadonning yorilishi (Ruptura uteri)	295

XXV BOB. Chilla davri septik kasalliklari

Chilladagi septik kasalliklarni keltirib chiqaruvchi sabablar	299
Chilla yarasi	300
Metroendometrit	300
Metrit	301
Parametrit	302
Salpingooforit (adneksit)	302
Pelveoperitonit	303
Tromboflebit	304
Diffuz oʻtkir peritonit	306
Avj oluvchi tromboflebit	306
Septisemiya	306
Septikopiyemiya	307
Chilladagi mastit	309

IV QISM. GINEKOLOGIYA

XXVI BOB. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari

Ginekologik bemorlarni subyektiv tekshirish usullari	312
Akusherlik-ginekologik anamnez	313
Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullari	314
Tashqi jinsiy aʼzolarini koʻzdan kechirish	315
Koʻzgular yordamida tekshirish	315
Qin orqali tekshirish (ichki)	316
Laboratoriya tekshirish usullari	319
Qin epiteliysi sitologiyasini aniqlash (kolpositogramma)	320

XXVII BOB. Hayz faoliyatining buzilishi va predmenstrual sindrom

Hayz sikli buzilishining tasnifi	324
Amenoreya	325
Anovulyator, yuvenil qon ketishlar	326
Anovulyator qon ketish	326
Algodismenoreya	328
Hayz vaqtidagi gigiyena va hamshira parvarishi	329

XXVIII BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari

Tashqi jinsiy aʼzolarining yalligʻlanishi	330
Ichki jinsiy aʼzolarining yalligʻlanishi	331
Qizlarda koʻproq uchraydigan ginekologik kasalliklar	333

XXIX BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining yuqumli kasalliklari	335
---	-----

XXX BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining oʻsma kasalliklari

Xavfli va xavfsiz oʻsmalar haqida tushuncha	341
Bachadonning xavfsiz oʻsmalari	342
Ayollar jinsiy aʼzolarining xavfli oʻsmalari	346

XXXI BOB. Ginekologiyada oʻtkir qorin sindromi

Bachadondan tashqari homiladorlik (Graviditais extrauterina)	350
Tuxumdon apopleksiyasi	352

XXXII BOB. Ginekologik bemorlarni umumiy davolash

usullari va parvarish qilish	354
Ginekologik bemorlarning rejimi	354
Dori vositalari bilan davolash	357
Fizioterapevtik davolash usullari	361
Nur bilan davolash. Rentgenoterapiya	369
Ginekologik bemorlarni operativ davolash	372
Ginekologik bemorlarni parvarish qilish	378
Operatsiyadan keyingi davrda parvarish	380
Yurak va nafas faoliyatini kuzatish	381
Bemorning siydik chiqarish va ichaklari funksiyasini kuzatish	382

XXXIII BOB. Tugʻish yoshidagi ayollar sogʻligʻini muhofaza qilish

Kontrasepsiyaning zamonaviy usullari	385
--	-----

V QISM. AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA

AMALIY KOʻNIKMA VA MUOLAJALAR

XXXIV BOB. Akusherlikda amaliy koʻnikma va muolajalar

Homilador ayolning tana vaznini aniqlash	394
Dezinfeksiyalovchi eritmalarni tayyorlash	394
Qoʻlga antiseptik ishlov berish texnikasi	395
Tozalovchi huqna qilish	394
Siydik pufagini kateterlash va yuvish	397
Homilaning taxminiy vaznini aniqlash	399
Tekshirish uchun homilador ayol qini, siydik kanali va bachadon boʻyni kanalidan surtma olish	400
Homilador ayollarda Solovyov indeksini aniqlash	401
Diagonal konyugatani aniqlashni fantomda oʻrganish	401
Mixaelis rombini aniqlash	403
Tashqi konyugatadan chin konyugatani aniqlash	403
Plasentada suv-havo sinamasini oʻtkazish	404
Chaqaloqlarda antropometrik oʻlchovlar oʻtkazish	405

XXXV BOB. Ginekologiyada amaliy koʻnikma va muolajalar

Qindan surtma olish	406
Koʻzgular yordamida tekshirish	406
Ayollarni ikki qoʻl bilan (bimanual) qin orqali tekshirish	407
Bachadon ichi vositalari (BIV)ni bachadon	

bo'shlig'iga kiritish	408
Ishlatilgan asboblarni sterillashga tayyorlash	410
Qin epiteliysi sitologiyasini aniqlash	410
“Qorachiq” fenomenini aniqlash	411
“Qirq bo'g'in” simptomini aniqlash	412
So'zakni aniqlash uchun surtma olish	413
Qinning tozalik darajasi va uni aniqlash	415
Sitologik tekshirish uchun bachadon bo'ynidan bosma surtma olish	417
Bachadon bo'ynidan biopsiya olish	418
Qin vannasini o'tkazish	418
Kolposkopiya	419
Gormonal holatni aniqlash uchun qindan surtma olish	419
Spermogramma uchun sperma yig'ish	420
Gisterosalpingografiya va uning o'tkazilishi	420
Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash	421
Qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan operatsiyaga bemorlarni tayyorlash	422
Foydalanilgan adabiyotlar	423

Yaxshinar Norbobayevich ALLAYOROV

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

Tibbiyot kollejlari o'quvchilari
uchun o'quv qo'llanma

«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi»
Davlat ilmiy nashriyoti
Toshkent—2017

Muharrir *H. Alimuhamedova, M. Hafizova*
Badiiy muharrir *A. Burhonov*
Dizayner *A. Yoqubjonov*

2017-yil 11.01 da bosishga ruxsat etildi. Qog'oz bichimi 60×90¹/₁₆
«Tayms» garniturasini. 27,0 shartli bosma taboq. 30,3 nashriyot hisob tabog'i.
Adadi 1390. Bahosi shartnoma asosida. 589 -buyurtma.

Original maket «O'zbekiston milliy ensiklopediyasi»
Davlat ilmiy nashriyotida tayyorlandi.
Toshkent – 100011, Navoiy ko'chasi, 30.

«NISO POLIGRAF» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-Ota» QFY
Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.